



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN
SALUD PÚBLICA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA,
PANAMÁ 2017.

POR: LICDA. MARILEXZY VÁSQUEZ

ASESORAS: DRA. REINA ROA
ING. FERMINA CHAMORRO

REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2018

I

APROBACION

JURADO CALIFICADOR

Asesora de Tesis:

Miembro de jurado:

Miembro de jurado;

Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Posgrado:

.....

Fecha:

II

DEDICATORIA

Primero darle gracias a Dios por darme la inteligencia y sabiduría en culminar esta etapa de mi vida.

A mi hijo que amo con todo mi corazón Mateo Santiago Sánchez Vásquez, por ser mi mayor inspiración este trabajo es para ti.

A mi esposo Hector Luis Sánchez Ramos siendo mi compañero de viaje por ser incondicional, comprensivo y apoyarme siempre y en todo momento.

A mis padres Mariana Meléndez y Felix Vásquez y hermana Maria Elizabeth Vásquez Meléndez por ser siempre mis pilares, por sus sabios consejos y palabras de aliento que me motivan a seguir adelante con humildad y constancia.

III

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas por ser el centro de mi vida.

A mi hijo mi esposo y mi familia por ser mi mayor apoyo incondicional en todos los proyectos que me e fijado en realizar.

A mi compañeras de MSP Lilibeth Chang y Mariela Reyes por apoyarme en culminar mis estudios.

A mis pioneras compañeras de trabajo del Ministerio de Salud – Departamento Registros y Estadísticas en Salud por brindame sus palabras de aliento en seguir adelante.

A mis asesoras la Dra. Reina Roa y a la Ing. Fermina Chamorro por su apoyo, tiempo y sabios consejos que me llevarón a culminar mi trabajo de tesis.

A mis profesores de MSP por la transferencia de conocimientos en todas sus jornadas de clase.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera fueron facilitadores en mi trabajo.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DE CUADROS.....	vii
INDICE DE GRÁFICAS	viii
INDICE DE FIGURAS.....	ix
ACRÓNIMOS	x
RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.....	4
MARCO REFERENCIAL	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.2 JUSTIFICACION	7
1.3 PROPOSITO.....	11
CAPITULO II	12
MARCO TEORICO	12
2.1 GENERALIDADES DEL CONSUMO DE TABACO	13
2.2. TABACO EN JÓVENES.....	15
2.3. FACTORES DE RIESGO.....	26
2.4. DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	33
2.5. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	36
2.6. VARIABLES DEL ESTUDIO	38
2.7. HIPOTESIS.....	38
2.8. OBJETIVOS	40
CAPITULO III.....	41
MARCO METODOLOGICO	41
3.1. AREA DE ESTUDIO.....	42
3.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.....	42
3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	43
3.4. DEFINICION DE CASOS Y CONTROLES	44
3.5. METODO Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.6. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN ASPECTOS ETICOS.....	47
3.7. PLAN Y ANALISIS DE ANALISIS DE RESULTADOS.....	47
CAPITULO IV	49
RESULTADOS	49

4.1. RESULTADOS	50
4.2. DISCUSIÓN	66
4.3. CONCLUSIONES.....	70
4.4. RECOMENDACIONES.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	74
ANEXOS.....	80

INDICE DE CUADROS

NÚMERO DE CUADRO	TITULO	PAGINA
CUADRO Nº 1	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Ingreso Familiar Mensual, Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Región Metropolitana. Panamá Año:2017	50
CUADRO Nº 2	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Con Presencia De Fumador En Casa. Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Region Metropolitana. Panama Año:2017.	53
CUADRO Nº 3	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Tipo De Tabaco Consumido. Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Region Metropolitana. Panamá Año:2017.	56
CUADRO Nº 4	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Presión Social, Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Región Metropolitana. Panamá Año: 2017.	59
CUADRO Nº 5	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 De 19 Años Encuestados Por Exposición A Publicidad, Promoción Y Patrocinio De Los Productos De Tabaco, En Escuelas De La Región Metropolitana Panamá Año: 2017.	61
CUADRO Nº 6	Magnitud De La Asociación Causal Para Consumo De Tabaco, Según Las Variables De Riesgo Estudiadas, Panamá Año 2017	64

INDICE DE GRÁFICAS

NUMERO DE GRAFICA	TITULO	PAGINA
GRÁFICO Nº 1	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Ingreso Familiar Mensual, Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Región Metropolitana. Panamá Año:2017	51
GRÁFICO Nº 2	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Con Presencia De Fumador En Casa. Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Region Metropolitana. Panama Año:2017.	54
GRÁFICO Nº 3	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Tipo De Tabaco Consumido. Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Region Metropolitana. Panamá Año:2017.	57
GRÁFICO Nº 4	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 A 19 Años Encuestados Por Presión Social, Según Consumo De Tabaco En Escuelas De La Región Metropolitana. Panamá Año: 2017.	59
GRÁFICO Nº 5	Casos Y Controles De Adolescentes De 15 De 19 Años Encuestados Por Exposición A Publicidad, Promoción Y Patrocinio De Los Productos De Tabaco, En Escuelas De La Región Metropolitana Panamá Año: 2017.	62

INDICE DE FIGURAS

NÚMERO DE FIGURA	TITULO	PÁGINA
FIGURA Nº 1	Relación De Ingreso Familiar Mensual Y Consumo De Tabaco.	52
FIGURA Nº 2	Relación De Presencia De Fumador En Casa Y Consumo De Tabaco	55
FIGURA Nº 3	Relación De Tipo De Producto Consumido Vs Consumo De Tabaco.	58
FIGURA Nº 4	Relación De Presión Social Y Consumo De Tabaco.	60
FIGURA Nº 5	Relación De PPPPT Y Consumo De Tabaco.	63

ACRÓNIMOS

SIGLA	DENOMINACIÓN
ANCEC	Asociación Nacional contra el cáncer
APS	Atención primaria de salud
CDC	Centro de control de enfermedades de los Estados Unidos
CONAPRED	Consejo Nacional para prevenir la discriminación
CSS	Caja de Seguro Social
CV	Error de muestreo
EMTA	Encuesta de tabaco en adultos
ENT	Enfermedades no transmisibles
ENSCAVI	Encuesta nacional de salud y calidad de vida
EMTJ	Encuesta mundial de tabaco en jóvenes
GATS	Global adult tobacco survey
GYTS	Global young tobacco survey
MEDUCA	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
MSP	Maestría en Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización panamericana de la salud
PPPPT	Exposición a publicidad, promoción y patrocinio a los productos de tabaco
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
RM	Región metropolitana

RESUMEN

Se realizó un estudio de casos y controles con una muestra 770 estudiantes de 15 a 19 años que estuvieron presentes al momento del estudio y cumplieron con los criterios de inclusión, conformaron dos grupos de igual número 385 casos y 385 controles con el objetivo de determinar cuales son los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados. Se les aplicó un cuestionario autoadministrado con preguntas cerradas, dado que la población participante en este estudio era menor de edad se llenó el asentimiento y consentimiento informado. Toda la información será utilizada para fines científicos. La recolección de los datos y análisis multivariado se efectuó utilizando el programa estadístico SPSS 22.0 y los datos fueron analizados usando Epi Info versión 7, para un nivel de confianza del 95% y un valor de p : 0.05. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se calculó la razón de momios, partiendo de un X^2 con significancia estadística. Entre los principales resultados: está la asociación estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco y los siguientes factores: Ingreso familiar mensual (**OR 3.2, (IC95% 2.3031 - 4.4461)**), presencia de fumador en casa (**OR 2.3557, (IC95%1.7493-3.1722)**), tipo de producto consumido (**OR 5.6802, (IC95%4.1655-7.7458)**), presión social (**OR 3.4277,(IC95%2.5376-4.63)**), y PPPPT (**OR 2.0643,(IC95%1.549-2.7511)**), están asociados al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana para el año 2017.

SUMMARY

A case and control study was done with the samples of 770 students who were present at the time of the study and met the inclusion criteria. They were divided into two groups with equal number, 385 cases and 385 controls with the objective of determine which are the risk factors associated to tobacco consumption in school adolescent.

A self administered questionnaire with closed questions was applied to them, since the project participants were underage the informed assent and consent was filled. All information will be used for scientific purposes.

The collection of multivariate data and analysis was carried out using SPSS 22.0 statistical programme and the data was analyzed using EpiInfo version 7 for a confidence level of 95% and value of $p > 0.05$ to determine the association of risk factors the odds ratio was calculated starting from a χ^2 with statistical significance. Among the main results are statistically significant association between tobacco consumption and the following factors. Monthly family income (OR 3.2 (LC95% 2.3031-4.4461)), presence of a smoker at home (OR 2.3 (IC95% 1.7493-3.1722)), type of product consumed (OR 5.6802, (IC95% 4.1655-7.7458)), social pressure OR 3.4277, (IC95% 2.5376-4.63)), and PPPPT (OR 2.0643, (IC95% 1.549-2.7511)), are associated to school adolescents tobacco consumption of the Metropolitana for the year 2017.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha logrado un acuerdo internacional, denominado Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, considerado el primer tratado internacional en la historia de la salud pública. Al tratarse de un producto que mata a la mitad de quienes lo consumen a largo plazo, que requiere acción transnacional y que causa defunciones anuales en el mundo y de acuerdo a la abundante evidencia científica disponible, el tabaquismo se asocia a mayor probabilidad de enfermedad grave y ocurrencia de muerte prematura, ya que el humo del cigarrillo contiene cerca de 4000 sustancias tóxicas, entre las que figura cerca de una docena de gases, como el monóxido de carbono, además de alquitrán y nicotina.

Desde 1920 se conoce los efectos nocivos del tabaco, pero en la década de 1950 sus consecuencias comenzaron a causar alarma. El inicio del consumo de productos de tabaco fumados a edad temprana incrementa el riesgo de muerte de causa relacionada al fumar, y disminuye la edad a la que la muerte ocurre normalmente puesto que los jóvenes que inician a edad temprana tienen mayor dificultad para dejar el tabaco.

Así mismo, el consumo de tabaco se considera una enfermedad pediátrica ya que se inicia antes de los 15 años de edad, aumentando en casi todos los países a un ritmo alarmante, ligando factores socio-ambientales que se vienen dando con el desarrollo económico, industrial, cambios culturales por la influencia de

extranjeros que vienen de todas partes del mundo a nuestro país, adicional a ello la industria tabacalera trabaja permanentemente inventando nuevos productos de tabaco que se traducen en nuevas formas de consumo para que la juventud las consuma más.

La evidencia científica de los últimos 40 años en nuestro país revela que las repercusiones del tabaquismo incluyen daños en la salud humana, costos directos (gastos de atención médica), costos indirectos (incapacidad, discapacidad y pérdida de productividad) y costos intangibles tales como sufrimiento, dolor y afectación a familiares, tanto en fumadores activos como en pasivos, ya que el consumo de tabaco es el mayor factor de riesgo de la mayoría de las enfermedades crónicas.

Según la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes (EMTJ) para el año 2017 a pesar de las disposiciones de control de tabaco existentes en el país. La prevalencia actual de consumo de productos de tabaco es de 7.8%, la de cigarrillos es de 3.9% la de otros productos de tabaco fumado es de 2.5%.y la de tabaco sin humo es de 2.3%.

En vista de lo antes expuesto, se realizó un estudio analítico de casos y controles cuya información fue recolectada a través de una encuesta auto administrada con preguntas cerradas sobre los factores de riesgo planteados en el estudio. Tanto para los casos como para los controles se realizó un muestreo probabilístico al azar simple.

Los datos fueron procesados utilizando SPSS versión 22.0 y analizados en EpiInfo versión 7; para un nivel de confianza del 95% y un valor de p 0.05. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se calculó la razón de momios, partiendo de un Chi cuadrado estadísticamente significativo.

Con esta investigación se espera que los resultados encontrados pueda ser una herramienta útil en la toma de decisiones para la asignación de recurso, tanto humanos como físicos promoviendo más intervenciones preventivas enfocadas en este gran reto, que es la disminución de consumo de tabaco en toda la población, especialmente los adolescentes.

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Actualmente, existe evidencia científica de los graves daños ocasionados a la salud por el consumo del tabaco, siendo uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, diabetes y cáncer, entre otras (OPS, 2011) (Salud, Directrices para la aplicación del artículo 14 del CMCT OMS., 2010).

En las Américas las (enfermedades no transmisibles ENT), son responsables del 77% de todas las defunciones, el 15% de las muertes por enfermedades cardiovasculares, del 26% de las muertes por cáncer y del 51% de las muertes por enfermedades respiratorias. (WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva. World Health organization., 2012)

Desde los años 60 el mensaje ha ido llegando a la opinión pública con mayor intensidad, sin embargo el consumo al tabaco a nivel mundial sigue incrementándose sobre todo en los países desarrollados donde se convierte en un atraso reduciendo la salud y capacidad laboral de quienes lo consumen o se exponen al mismo.

Panamá tiene un marco legal envidiable en contra del tabaco, sin embargo la industria tabacalera busca nuevas formas que inciten - el consumo productos de tabaco del mismo, generando falencias que impiden el cumplimiento de las mismas. El consumo de tabaco no es un problema de una sola instancia, es un problema de Salud Pública, y como profesional de la salud entiendo la importancia

de hacer más investigaciones que contribuyan a que desaparezca; ya que con el pasar de los años se hace necesario saber cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en jóvenes en la Región Metropolitana de Panamá en el año 2017, y que los resultados obtenidos sean sumados a la lucha titánica en contra de este mal que es causa de enfermedad, discapacidad y muerte, dañando tantas vidas y familias panameñas.

Problema de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en jóvenes escolarizados de la Región Metropolitana de Salud en Panamá, para el año 2017?

IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE

- Consumo de tabaco.

VARIABLE INDEPENDIENTE

1. Ingreso familiar
2. Antecedentes o historia familiar (**presencia de fumador en casa**)
3. Tipo de producto de tabaco consumido
4. Presión social
5. Exposición a publicidad, promoción y patrocinio a los productos de tabaco (PPPPT)

1.2 JUSTIFICACION

El tabaquismo se ha convertido en uno de los problemas de salud más importantes de salud pública en todo el mundo ocasionando consecuencias graves de salud, económicas y familiares, a pesar de ser un problema potencialmente prevenible una vez identificando.

En el estudio de la demanda de tabaco en Panamá y el control del efecto asequibilidad con medidas fiscales y control del contrabando, implicaciones para Política Fiscal 2000-2011, ha quedado en evidencia que el cigarrillo en Panamá, es el principal producto de consumo de productos derivados del tabaco. Como parte de las estrategias de las principales empresas industriales productoras principales (Phillip Morris y British American Tobacco), las cuales constituyen un duopolio puro, se estableció que Panamá quedaría como un país importador de productos derivados del tabaco, donde los cigarrillos, constituyen el principal producto de consumo local.

El consumo y la exposición al humo de tabaco de segunda mano matan a millones de personas anualmente en el mundo y alrededor de 1 millón en las Américas. Si las tendencias actuales continúan, a partir del año 2030 el tabaco matará, a más de 8 millones de personas en todo el mundo. El 80% de estas muertes prematuras ocurrirán en países de ingresos bajos y medianos con las implicaciones que esto tendrá para los sistemas de salud y la economía de estos países. (CD, 2006) La prevalencia de tabaquismo en el mundo es del 24% siendo el consumo de tabaco mayor entre los hombres (40%) que entre las mujeres (9%). Sin embargo esta

tendencia es variante según el país en el que se denote, siempre demostrando una menor diferencia entre la prevalencia del consumo femenino y masculino en los adultos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo se inicia en los primeros años de la adolescencia. En la actualidad en el mundo existen 1.100 millones de fumadores de los cuales el 90% inició el hábito antes de los 19 años.

Panamá no escapa de esta realidad ya que se han realizado estudios sobre el uso producto de tabaco, el más reciente fue la Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos de 2013, donde se revela una baja prevalencia de uso de tabaco en adultos que se estimó es del 6,4 %, siendo en los hombres del 9,7 % y en mujeres de un 3,1 %, una de las más bajas en América Latina. (Roa Rodriguez, Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos, 2013).

La prevalencia de consumo actual de tabaco en jóvenes de 13 a 15 años fue reportada en el 2017 en 7.8%, con diferencia por sexo de 7.9% en hombres, mientras que en mujeres es de 7.4%. El consumo actual de cigarrillos fue 3.9% reportándose en hombres 4.2% y en mujeres 3.5% en tanto que el consumo actual de productos de tabaco sin humo fue de 2.3%, en hombres 2.2% y en mujeres 2.4%. (GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, 2017). Llama la atención que la prevalencia de tabaco fumado diferente al cigarrillo es de 2.5% con un diferencial para hombres de 2.5% y en mujeres de 2.3%. El 7.8% de los jóvenes de 13 a 15 años consumen tabaco con y sin humo, siendo en hombres es de 7.9% mientras que en mujeres es de 7.4%. Los efectos perjudiciales del tabaquismo sobre la

salud son muchos, principalmente cuando se empieza a fumar a muy corta edad. Quienes han fumado por mucho tiempo tienen un 50% de probabilidades de morir debido a su consumo. Se ha determinado que el uso de tabaco es el factor más fácil de prevenir para evitar la muerte prematura, la discapacidad y la enfermedad. Los productos de tabaco, principalmente el cigarrillos, se consideran como “droga de iniciación”, lo que significa que su consumo suele preceder al consumo de alcohol o de drogas ilícitas. Los factores que incrementan el riesgo del tabaquismo en las niñas y niños son similares, la industria del comercio del tabaco facilita el acceso a productos regalados o de bajos precios; por otro lado, las presiones, aprobación de los amigos, parientes y la percepción errónea de que el fumar aporta popularidad social, entre otros. Este último hecho, se hace notar cuando el 90% de la juventud a nivel mundial está de acuerdo en que el fumar no hace a las niñas o adolescentes más atractivas.

En algunas culturas en que las mujeres son sometidas a imágenes irreales sobre su cuerpo, pueden empezar a fumar y racionalizar su adicción por la creencia equivocada de que bajarán de peso al fumar, de hecho, el cigarrillo no está asociado a la reducción de índice de masa corporal en las mujeres. Existen programas diseñados para la prevención y abandono del tabaquismo en niñas y mujeres jóvenes, que pueden ser beneficiosos. Otro motivo por el cual las mujeres jóvenes empiezan a fumar son: la moda del vestir, la cultura de la juventud y la percepción de mejor nivel económico, por listar algunos.

Es importante, mencionar que los resultados de esta investigación serán un aporte que contribuirá a disminuir el costo actual que representa la carga de enfermedades en nuestro país, ya que anualmente son millones de dólares los que son destinados a la lucha contra el tabaco por ser uno de los principales factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

1.3 PROPOSITO

- Contribuir con la información que facilite a las autoridades de salud y de educación para la gestión del marco regulatorio y el diseño de políticas de control de tabaco dirigidas a la protección de la salud de nuestra juventud panameña.
- Aportar información de utilidad para la formulación de estrategias que contribuyan al fortalecimiento de los programas para dejar de fumar, específicamente los dirigidos a padres y adolescentes, para impulsar la aplicación de políticas libres de humo de tabaco y con ello, reducir la exposición a su humo.
- Colaborar con los resultados en actividades de promoción dirigida a prevenir las causas y consecuencias del consumo de tabaco en la población adolescente.
- Aportar evidencia científica a la Comisión de Tabaco para mantener un sistema de información permanente que permita el conocimiento sobre la magnitud y distribución de factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en adolescentes.
- Establecer las bases de futuras investigaciones analíticas relacionadas con el consumo de tabaco.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES DEL CONSUMO DE TABACO

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention—CDC), cada año el hábito de fumar cigarrillos causa más de 480.000 muertes prematuras en los Estados Unidos—aproximadamente 1 de cada 5 muertes en E.E.U.U.—y alrededor de 16 millones de personas sufren de alguna enfermedad grave causada por fumar cigarrillos. De hecho, por cada persona que muere por fumar, aproximadamente más de 30 sufren de al menos una enfermedad grave relacionada con el uso de productos de tabaco. (Tabaco, 2016, pág. 25)

Parte del problema del tabaquismo es la creencia de que se trata de un mal hábito, sin embargo para entender la magnitud del problema se debe partir del concepto, de que el tabaquismo es una adicción. La adicción se establece mediante la progresiva instauración de la tolerancia farmacológica (necesidad de dosis mayores para conseguir los mismos efectos) y la aparición de la dependencia psíquica y física, por lo que actualmente se tiende a la sustitución del término “dependencia física” por el de “neuro adaptación”. (P, 2009).

Las personas que no fuman pero que están expuestas a la inhalación pasiva del humo en la casa o en el trabajo aumentan su riesgo de desarrollar enfermedades del corazón en un 25 % a un 30% y cáncer de pulmón en un 20% a un 30%. Además, la inhalación pasiva del humo causa problemas respiratorios en niños y adultos, producción excesiva de flema, reducción de la función pulmonar e infecciones respiratorias como la neumonía y la bronquitis. De hecho,

cada año alrededor de 150.000 a 300.000 niños menores de 18 meses de edad sufren infecciones de las vías respiratorias causadas por inhalación pasiva de humo. (Valera, 2010)

En los últimos 50 años han habido más muertes a causa del síndrome de muerte súbita del lactante y de otras complicaciones de salud como resultado del uso de tabaco por los padres. (Humana, 2016) Además, los niños que crecen con padres que fuman tienen más probabilidades de convertirse en fumadores, exponiéndose (y exponiendo a sus futuras familias) al riesgo de desarrollar los mismos problemas de salud que sus padres cuando ellos sean adultos.

El humo del tabaco está catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Protección del Medioambiente como carcinógeno de grado A, es decir, que carece de un nivel seguro de exposición. La exposición al aire contaminado por humo del tabaco supone un riesgo de muerte por cáncer de pulmón de 1/1000 y un riesgo de muerte por enfermedad coronaria de 1/100. Las estimaciones más optimistas señalan que en Europa pueden fallecer unas 50.000 personas que no fuman cada año por exposición involuntaria al humo del tabaco. (Andrés Gimeno R, 2010)

En Brasil es considerada como la segunda droga más consumida. (Brasil, 2010) De acuerdo a la abundante evidencia científica disponible, el tabaquismo se asocia a mayor probabilidad de enfermedad grave y ocurrencia de muerte prematura, porque el humo del cigarrillo contiene cerca de una docena de gases, como el

monóxido de carbono, además de alquitrán y nicotina. Contiene cerca de 4000 sustancias tóxicas, 40 de ellas son cancerígenas.

2.2. TABACO EN JÓVENES

El tabaquismo es un problema de salud pública a nivel mundial; uno de cada tres adultos fuma, se estiman 1,100 millones de fumadores y se prevé que para el año 2025 se superen los 1,600 millones de fumadores; el incremento progresivo y mayor del consumo de tabaco se dará en los países con ingresos medios y bajos. Para el año 2030 se espera que aproximadamente 10, 000 de personas morirán a causa de tabaco de los cuales 7 de cada 10 muertes se produce en los países en desarrollo. (MINSA-MEDUCA, 2008)

Pese a los estudios realizados en Panamá para conocer la situación del tabaquismo la información recabada no es comparable y las metodologías aplicadas no han sido sistematizadas. Este hecho limita la caracterización del problema y la gestión de decisiones en esta materia. (Roa Rodriguez, Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos, 2013)

La Asociación Nacional Contra el Cáncer (ANCEC) realizó dos estudios, uno en 1983 (n=1631) que indicó que la prevalencia de consumo de tabaco en mayores de 18 años era del 38% (mujeres: 20% y hombres: 56.1%); y otro en 1995 que midió la prevalencia en mayores de 15 años, siendo de 9.1% en mujeres y 24.1% en hombres. ANCEC durante 1990, indicó que el 31.1% de todas las muertes eran atribuibles al tabaquismo (2,346 de las 7,538). Además se planteó que 7 de las 10

principales causas de muertes contaban al tabaquismo, como factor de riesgo. (GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, 2017)

La cronicidad del tabaquismo se debe a que genera una adicción rápida a la nicotina y produce dependencia química y psicológica, cualquiera sea la edad del consumidor. El consumo activo o pasivo se traduce en un conjunto de daños a la salud pues afecta diversos órganos y sistemas e inclusive produce alteraciones en la relación de pareja.

La contribución del tabaco a la carga de enfermedad y mortalidad en Panamá es alta, situación que tiene implicaciones sobre los costos de la atención sanitaria, los cuales alcanzan cifras millonarias. También incide en los costos sociales, productivos y de bolsillo, aún no cuantificados. (Roa Rodriguez, Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos, 2013).

La Encuesta de Tabaco en Jóvenes (EMTJ) en el 2017: La prevalencia de vida para el consumo de cualquier tipo de producto de tabaco se estimó en 20.2% (chicos=20.7%; chicas=19.3%).

La Encuesta de Propósitos Múltiples de 2006, queda claro, en el primer caso, que las prevalencias de vida se han reducido de 32.2% a 17.1%, al igual que la prevalencia actual (30 días) al bajar de 13.2 % a 4.3%, en buena medida como resultado de las medidas de control, no obstante, en el segundo caso (Encuesta de Propósitos Múltiples de 2006), las prevalencias mensuales de la población de 10 años y más, fueron del 26%, destacando una mayor prevalencia en los grupos de edades de 20-29 (35.4%), de 40-49 (38.3%) y de 50-59 (31.8%), indicando una

fuerte prevalencia del consumo de tabaco de la población en edades plenas de actividad laboral. (GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, 2017). Como resultado de esta encuesta también se destacan las prevalencias mensuales de los trabajadores del hogar con 38.6% y los jubilados y pensionados con el 26.1%, dejando una clara señal de que en el entorno familiar el efecto de las medidas de control no se han potenciado. Estos elementos llevan a considerar la importancia de tomar en cuenta la asequibilidad del consumo de tabaco. En Panamá y en el resto de los países en desarrollo, la asequibilidad de los cigarrillos ha aumentado entre 1997 y 2006 según los indicadores analizados (PRI, Guidian y Kan), lo que debilita las políticas de control de tabaco, en especial con perspectiva de mediano y largo plazo. (ROA R. E., 2008). Por su parte, la industria tabacalera hace grandes esfuerzos por vender su política de “autorregulación”, mediante la cual intenta establecer un marco regulatorio conveniente para alcanzar sus objetivos.

Desde hace más de 20 años, Panamá ha venido estudiando el problema del consumo de productos de tabaco. A continuación se destacan algunos de estos estudios desde 1990 hasta 2013.

RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS DE TABACO EN PANAMÁ DESDE EL 1990 HASTA EL 2013

- MINSA en 1990: 6 de cada 100 adolescentes fuman (6.0%) 1 de cada 4 adultos fuma (25%) 1 de cada 3 personas de 60 y más años fuma (33.3%) Mayor prevalencia en individuos con alta escolaridad y elevado nivel socio-económico, así como residir en áreas rurales.

- Rivera Rubén en 1995 (15 y 75 años residentes en áreas urbanas de toda la República - n=721): Prevalencia de vida: 42% (entrevistados que habían fumado alguna vez en su vida), para un 60% en hombres y un 23.9% en mujeres. Prevalencia de fumadores habituales: 35.8%. (En hombres: 52.1%; en mujeres: 19.5%). Prevalencia de fumadores activos: 16.7% con un diferencial entre hombres y mujeres de 21.1% y 9.2%, respectivamente. Prevalencia de fumadores activos en adolescentes (15-19 años): 16.7% La edad de consumo inicial fue de 15 – 19 años en el 53.6% de la población estudiada y de menos de 20 años en el 70.5%
- Estudio de Vigilancia de Humo Ambiental de Tabaco en 2003: Los niveles encontrados para el conjunto de la Ciudad de Panamá pueden clasificarse como bajo – moderado. 84% de las personas encuestadas en el hospital estuvieron de acuerdo en convertir el hospital en un lugar libre de humo.
- Encuesta Nacional de Hogares en 2007: Prevalencia actual de consumo de cigarrillos en población entre 12 y 15 años de 3.4%, sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.
- Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI), que aplica la metodología de encuesta de hogar y cuya muestra alcanzó 25,748 personas de 18 años y más de las áreas urbano, rural e indígena, donde se estimó una prevalencia de consumo de tabaco de 9.4% con un diferencial entre hombres y mujeres de 17.7% y 3.9%, respectivamente. En este estudio se identificó que la población residente en el área indígena tenía

una prevalencia mayor al promedio nacional y alcanzaba el 13,5% (masculino: 24.8% - femenino: 5.0%).

- Las políticas de control de tabaco; una mirada desde la encuesta mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ) en 2002-2008: A pesar de que los resultados de este estudio hace evidentes los progresos en el control de la de tabaquismos en los jóvenes de 13 a 15 años en Panamá y que, se reportan descensos importantes y estadísticamente significativos, aún es necesario fortalecer el cumplimiento de la normativa vigente, con énfasis en la regulación dirigida a los menores de edad, con la finalidad de lograr una prevalencia actual en jóvenes cercana al 0%.
- Encuesta de Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Cardiovascular, año 2010 (población de 18 años y más se entrevistaron 3590 personas residentes en las provincias de Panamá y Colón, siendo 1074 hombres y 2516 mujeres) en el 2010: Prevalencia actual (Consumo de productos de tabaco en los últimos 30 días) = 6.4% Prevalencia de consumo de cigarrillos fue de 5,2%, de 0,7% para los cigarros, pipas 0,4% para tabaco no fumado.
- Demanda de los cigarrillos en Panamá en 2010: Las elasticidades estimadas de corto y largo plazo respecto del precio son $|-0.70|$ y $|-1.04|$ y las elasticidades ingreso son 1.60 y 2.39 respectivamente de acuerdo a la estimación del modelo de corrección de errores. Prevalencias mensuales de los trabajadores del hogar con 38.6% y los jubilados y pensionados con

el 26.1%, dejando una clara señal de que en el entorno familiar el efecto de las medidas de control no se ha potenciado.

- Análisis de la demanda de tabaco en Panamá y el control del efecto asequibilidad con medidas fiscales y control del contrabando implicaciones para política fiscal en el 2000-2011: Respecto de las medidas fiscales, la más sobresaliente fue el incremento en noviembre de 2009 de 32.5% a 100%, y que tuvo su reflejo inmediato en los dos últimos años, con un incremento conspicuo en el precio y una caída más pronunciada en el consumo. El incremento en la recaudación fiscal del ISC se incrementó, al pasar de aproximadamente de B/. 12 millones en 2009 a B/. 22 millones en 2011, demostrando la efectividad de dicha medida, en reducir el consumo formal sin reducir la recaudación fiscal.
- Encuesta de tabaco en Jóvenes (EMTJ) en el 2012: La prevalencia de vida para el consumo de cualquier tipo de producto de tabaco se estimó en 27.0% (chicos=32.8%; chicas=21.7%), con diferencias estadísticamente significativas por sexo y entre jóvenes de 13 y 15 años. En cuanto al consumo de tabaco un 11.62% de los varones, 7.5% de las mujeres, y un 9.5% del total fuman tabaco actualmente, en tanto que el 7.0% de los varones, 3.2% de las mujeres, y un 5.0% del total fuman cigarrillos y los medios de comunicación social en contra del tabaco Cerca de 5 de cada 10 estudiantes observaron mensajes anti-tabaco en los medios de comunicación. La prevalencia de consumo de productos fumados de tabaco

en jóvenes entre 13 y 15 años se estimó en 8.1% (entrevistados) con diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas, siendo en los chicos de 10.3% (entrevistados) y en las chicas de 6.2% (entrevistadas). Los jóvenes de 15 años fueron los que reportaron las prevalencias más elevadas con un 11.1%. Presencia de fumador en casa al investigar sobre la frecuencia con que ve a su padre (padrastro o pareja de la madre) fumando en su casa, el 3.7% manifestó que todos los días, un 7.1% que algunas veces y 53.6% que nunca, en ningún caso se registraron diferencias estadísticamente significativas por sexo y edad. En tanto 6 de cada 7 jóvenes fumadores de 13 a 15 años fumó su primer cigarrillo entre los 11 y 15 años. (Roa Rodriguez, Las Políticas de Control de Tabaco: Una mirada desde la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes, 2002 y 2008).

- Encuesta de Tabaco en Adultos (EMTA) GATS en el 2013: La prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 años y más se estimó en 6.4%, aun siendo más elevada en hombre que en mujeres, atribuible al consumo de cigarrillos, fundamentalmente pues representan el 95% de los productos de tabaco consumidos. La prevalencia de consumo más elevada se ubica en las área indígena y urbana con 7.2% y 7.1%, al igual que en los grupos etarios de 15 a 24 y de 65 y más.

En España Alejandro Villena para el año 2009 realizó un estudio de factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes en 584 estudiantes en el cual tener presión social (OR: 11,3; IC95%:4,2-30,9), en donde existe 11 veces más

probabilidades de consumir tabaco en los adolescentes que tienen presión social. También para el año 2015 se realizó otro estudio por Villil Lansel sobre factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes en el cual se demostró que el tener presión social (OR = 7,44; IC del 95%, 2,59-21,4) influye en el consumo de tabaco.

En Asturias M. Fernández en el año 2011 realizó un estudio de consumo de tabaco en adolescentes de una área rural en Asturias donde demostró que el 43,9% de los fumadores que tienen presencia de fumador en casa tienen mayor riesgo de consumir tabaco: el padre con un 21,5% su madre con el 17,9% sus hermanos con 36,6% y el 16.7% sus amigos.

En Argentina la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes realizada en para el año 2012 arrojó los siguientes resultados: Comunicación anti tabaco 74,1% de los encuestados de 13 a 15 años vio o escuchó algún mensaje en contra del tabaco en los medios en el último mes, proporción similar a la evidenciada en la encuesta realizada en 2007 (72,4%). La mayoría de quienes refirieron haber fumado alguna vez, lo hizo por primera vez entre los 12 y 13 años: el 44,8% así lo declaró, sin distinciones según sexo; se detectaron diferencias en relación a los resultados obtenidos en 2007, donde el 53,8% de los estudiantes encuestados declaró haber fumado por primera vez entre los 12 y 13 años.

En La Palma Mallorca Francisco Manuel Kovacs en el año 2013 en su estudio de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes bajo nivel socioeconómico OR=3,86, IC 95%: 2,30-6,48; p=0,000, presencia de fumador en casa (OR 1,89

IC95% 1,33-2,68; $p=0,000$).

En México para el año 2015 el estudio de factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia por la Dra. María Vásquez Treviño donde se encuestaron a estudiantes entre edades de 15 a 19 años en el cual manifiesta que los adolescentes que tienen presencia de fumador en casa tienen mayor riesgo de consumir tabaco en un (86.52%) y un (OR=18894; IC95% 3791-94164; $p<0.001$), presencia de fumador en casa con un 74.1% (IC95%) y un Chi cuadrado de Pearson $p<0,001$. Los que está más expuestos a presión social tiene un (OR=1369; IC=95% 187-9995, $p<0,001$) de tener amigos que lo inducen a fumar. El ingreso familiar bajo reporto el (86.52%) y un OR=18894; IC95% 3791-94164; $p<0.001$ siendo un factor de riesgo para consumir tabaco.

En Costa Rica por el Instituto sobre Dependencia – proceso de investigación que poco más de la mitad de los estudiantes (56%) han visto mensajes a favor del consumo de tabaco (PPPPT) en los medios de comunicación en los últimos 30 días. Al igual que se demostró que la edad de inicio de consumo de tabaco es los 13.4 años (IC 95%) $p<0.0001$ en el mismo grupo de edad correspondiente al estudio GYTS.

En Argentina para el año 2016 Jean Carlos Eseau en su estudio de casos y controles sobre la influencia del hábito de fumar en la adolescencia donde encontró un (OR 3.4, (LC95% 14,37-27), tipo de tabaco consumido por su presentación, causando adicción en sus formas de consumo. Asimismo se encontró un mayor riesgo entre las mujeres fumadoras frente a las nunca fumadoras (OR 2.44)

En Brasil para el año 2016 Halley Oliveira en su estudio de consumo de tabaco en el Municipio de San Andrés reporto que tener en casa la presencia de fumador en casa (OR 9,6; IC95% 3,1-29,9) en el consumo de tabaco.

DEFINICIÓN DE TABAQUISMO

No hay ningún valor de consumo que sea seguro, ni tampoco ningún tipo de consumo. Fumar un cigarrillo supone la absorción de sustancias tóxicas e irritantes, que no son inocuas en ninguna dosis. Ahora bien, el riesgo asociado está en relación con el número de cigarrillos fumados y con el tiempo que se lleva fumando. Según la OMS un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes, cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno (Fuentes, 2009).

CONSECUENCIAS DEL TABACO

Las consecuencias del consumo de tabaco aparecen de forma gradual, a largo plazo, el cigarrillo lleva al desarrollo de problemas de salud, como el cáncer, enfisema, daños en los órganos e insuficiencia cardíaca, estas enfermedades limitan la capacidad que tiene una persona para llevar una vida activa normal y pueden ser mortales. A nivel físico, la nicotina aumenta la frecuencia cardiaca, el ritmo respiratorio, la presión arterial y el flujo coronario; durante la combustión del tabaco, algunos de sus elementos se transforman en monóxido de carbono, emisión venenosa que contribuye al seguimiento de enfermedades cardíacas, cuando el monóxido de carbono entra en el torrente sanguíneo, tiende a reemplazar el oxígeno contenido en las células rojas de la sangre, formando

carboxihemoglobina; entre los fumadores, hasta el 10% de la hemoglobina total puede ser carboxihemoglobina, lo cual equivale a decir que sus tejidos reciben 105 menos de oxígeno. La dificultad para hacer ejercicio la disminución de los sentidos del gusto, el olfato, inflamación y sangrado en las encías, mal aliento, amarillos de dientes y dedos, entre otros. Aumenta el riesgo de cáncer cervical y de mama, de menopausia prematura, obstaculiza la fertilidad, y expone a los bebés a mayores riesgos como bajo peso al nacer.. (Jimenez C. &., 2011)

El consumo de tabaco durante el embarazo aumenta la posibilidad de trastornos de conducta del niño. (Mastelari, 1993) (Fuentes, 2009).

Los cigarrillos y otras formas de tabaco, incluyendo los cigarros o puros, el tabaco de pipa, el tabaco fumado en pipas de agua, el tabaco en polvo o rapé ("*snuff*") y el tabaco de mascar contienen nicotina, una droga adictiva. Un fumador típico inhala 10 veces en el lapso de 5 minutos que el cigarrillo está encendido. De tal manera, una persona que fuma una cajetilla (20 cigarrillos) al día, recibe 250 inhalaciones de nicotina cada día, nicotina por lo que entra en la corriente sanguínea e inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales que son las que liberan la hormona adrenalina. (States, 2016)

TIPOS DE CONSUMIDORES

Para un mejor análisis del consumo de cigarrillo se pueden dividir los distintos tipos de consumidores, Tara Mayra en su tesis: Rasgos Distintos de la Personalidad Asociados al Hábito de Fumar Cigarrillos señala. Según el motivo y la cantidad de cigarrillos consumidos, los siguientes tipos:

Consumidor experimental: es aquel que fuma una o varias veces por experimentar o por presión de grupo.

Consumidor ocasional: es aquel que consume habitualmente en una fiesta, reunión, en grupo. Este consumo no es habitual ni premeditado. Se hace por participar del grupo al que se pertenece o frecuenta.

Consumidor dependiente: Es el consumidor adicto propiamente. Siente la necesidad imperiosa de fumar. La privación del cigarrillo para este tipo de consumidor ocasiona el Síndrome de Abstinencia.

Consumidor pasivo: es aquel consumidor involuntario que nunca ha encendido un cigarrillo pero inhala el humo que bota el fumador; afectando igualmente su salud.

2.3. FACTORES DE RIESGO

La literatura internacional, se ha enfocado a estudiar factores de riesgo y factores de protección para el consumo, respecto a los factores protectores, la evidencia señala que estos evitan que los adolescentes se involucren en conductas que afecten su salud por ejemplo el consumo de tabaco. Entre los elementos que protegen al adolescente para que no presente este tipo de conductas, se encuentran los factores sociales, como la situación familiar, la disponibilidad del tabaco, la situación económica y la asociación con amigos, además de los que se refieren a características del adolescente, tales como la búsqueda de sensaciones, el bienestar subjetivo, la permisividad, la orientación escolar, entre otros. Dentro

de los factores individuales, los rasgos de la personalidad han demostrado una relación consistente con las conductas de consumo. (Bonilla, 2011)

Existe evidencia empírica que la influencia de los amigos juegan un papel importante en la iniciación y mantenimiento del uso de sustancias adictivas entre los adolescentes; siendo; además, el principal factor de riesgo para el tabaquismo en los adolescentes según estudios de Cebrián en el año 2007. Por otro lado, la conducta de los individuos está regulada, en gran parte, por su sistema de creencias y valores, el ambiente familiar y cultural es el que aporta los contenidos cognitivos que todo niño, y, posteriormente, el adolescente asume como creencias propias, filosofía de vida y esquemas cognitivos, entre otros. Así las creencias se manifiestan en la vida de las personas en forma de acciones que pueden influir positiva o negativamente en los diferentes ámbitos y específicamente en la salud. Por otro lado las normas sociales permisivas se relacionan con el consumo de tabaco, específicamente en el análisis de tres dominios: el individual, el familiar y el social, ya que para el riesgo del consumo de tabaco la permisividad del adolescente influyen en primer término, de igual manera a medida que los adolescentes perciban como aceptable el consumo de tabaco y estén de acuerdo con que este es común o “normal” entre los adolescentes de su edad, mayor probabilidad habrá de que se involucren con este.

La búsqueda de sensaciones ha sido estudiada ampliamente en la investigación sobre la propensión a tomar riesgos en una amplia gama de comportamientos como la conducción de riesgo, comportamiento que contribuye al consumo de

tabaco y de drogas ilícitas, las conductas sexuales, la delincuencia u otras conductas antisociales y otros hábitos recreacionales, la búsqueda de sensaciones supone una necesidad de experimentar variadas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar tales experiencias. Estos rasgos se pueden mencionar dimensiones: búsqueda de emoción y de aventura, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento. Los hombres experimentan mayor búsqueda de sensaciones que las mujeres, lo que puede deberse tanto a factores biológicos como a factores de socialización por lo que esta se asocia con diversas variables biológicas, incluyendo neurotransmisores, enzimas y hormonas y la variación individual que puede ser heredable. (Díaz-Perera FCG, 2013)

FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

Las causas y factores ambientales externos están presentes en el medio, como los contaminantes, que aumentan el riesgo de cáncer. Se estima que la exposición al radón en interiores causó entre el 3% y el 14% de todos los cánceres de pulmón en 2004, lo que hace de ese factor la segunda causa más importante de cáncer de pulmón en muchos países.

La contaminación del aire causó 165,000 muertes por cáncer de pulmón a nivel mundial en 2004. De ellas: 108,000 fueron causadas por la contaminación del aire exterior; 36,000 se debieron a los combustibles sólidos utilizados para cocinar y calentarse; 21,000 se debieron al tabaquismo pasivo. Se estima que las

radiaciones ultravioleta causaron en 2002 unas 60,000 muertes: 48,000 por melanomas; 12 000 por carcinomas basales y escamosos de la piel. (Salud, El tabaco y sus daños, 2011).

La influencia de los padres y los compañeros está estrechamente asociada con el uso de cigarrillos en los adolescentes, en lo que refiere a los padres esta la formación directa de una conducta fumadora y no fumadora, la aprobación o desaprobación del hábito y el apoyo directo o la oposición al acto del fumar del joven. Las actitudes de los padres son particularmente importantes si coinciden con su propia conducta. Al aumentar el número de personas fumadores alrededor el adolescente aumenta el riesgo de volverse un fumador a medida que va creciendo. (Araúz, 2013)

El sexo, la estructura de la familia y los factores económicos son factores ambientales más lejanos para la decisión de fumar, aunque no por eso de menos importancia médica y para la salud pública. (Carrera, 1995)

FACTORES DE RIESGO DE LA PERSONALIDAD

Los factores genéticos están principalmente relacionados con el desarrollo de adicción al tabaco; sin embargo, no todas las personas genéticamente predispuestas llegarán a ser adictas a la sustancia. Existen muchas preguntas por resolver respecto a la forma como la carga genética influye en el desarrollo de tabaquismo. (ALBA, 2007)

Subestimar el riesgo y tener sensación de invulnerabilidad son algunas de las razones por las cuales los jóvenes se sienten atraídos por las conductas peligrosas.

Adicionalmente, fumar puede llevar implícito el cumplimiento de expectativas sociales creadas por grupos de pares o por la publicidad: “hacer lo que otros hacen, expresar rebeldía, autonomía y libertad, tranquilizarse, estimularse, sentir placer, disipar la sensación de aburrimiento o soledad”. (SALUD B. M., 2002)

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA CONDUCTA

El consumo de cigarrillos es una de las primeras manifestaciones de conducta, es decir, la que se apartan de las normas impuestas por la sociedad origina sanciones. (Carrera, 1995) Los adolescentes se encuentran en desarrollo y el consumir estas sustancias influye de manera negativa en el crecimiento y desarrollo del mismo. (SOBERANO, 2014)

Y el típico comportamiento de que cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos, están expuestos a más drogas y a actividades sociales que las involucran, estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que abusen del alcohol, del tabaco y de otras sustancias. (JUAREZ, 2002)

ASPECTOS LEGALES

Actualmente, tal como lo planteó el estudio de La Demanda de Cigarrillos en Panamá realizado por el Centro de Investigación para la del Tabaquismo- CIET en abril del 2010, la imposición a los cigarrillos y cigarros demuestran que las leyes se han reforzado en los últimos 20 años, a continuación citamos algunas de ellas:

- I. La **Ley No.28 de 27 de junio de 2001**, aumentó al 15% el ITBMS de importación para cigarrillos, también se establece que el ingreso que genere el aumento de 5% de este impuesto se destina al Instituto Oncológico Nacional.
- II. La **Ley No.40 de 16 de agosto de 2004**, que aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, mediante el cual el país asume el compromiso de su implementación con respecto a la aplicación combinada de medidas de control de la oferta y de la demanda de productos de tabaco, entre las cuales se cuentan las políticas fiscales y de espacios 100% libres de humo. Así mismo, establece, las medidas relativas a la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco; venta de productos de tabaco a y por menores de edad; la venta de cigarrillos sueltos y en paquetes de menos de 20 unidades, la colocación de advertencias sanitarias con sus pictogramas en los paquetes de productos de tabaco entre otras.
- III. La **Ley No.13 de 24 de enero de 2008**, que adopta medidas para el control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud.
- IV. **Decreto Ejecutivo No 230 del 6 de mayo de 2008** que reglamenta la Ley 13 y otras disposiciones.
- V. **Resolución No.251 del 7 de abril de 2009** que faculta la Autoridad Nacional de Aduana a que tome medidas en el control el tabaco y su comercialización.

- VI. **Resolución No.660 del 11 de agosto de 2009** que prohíbe la venta y comercialización de los cigarrillos electrónicos y similares.
- VII. Con la **Ley No.49 de 17 de septiembre de 2009**, la base impositiva del ISC se elevó del 32.5% al 50%.
- VIII. Mediante la **Ley No.69 de 6 de noviembre de 2009**, la tarifa del impuesto selectivo al consumo de tabacos, habanos y otros derivados del tabaco será del ciento por ciento 100%. El artículo 32 de esta ley modificó el artículo 28 de la Ley N° 45 de 1995.
- IX. **Decreto ejecutivo No.611 del 3 de Junio de 2010**, que modifica el artículo 18 del Decreto Ejecutivo 230 de 6 de mayo de 2009, que reglamenta la Ley 13 de enero de 2008. No permite exhibición de los productos de tabaco y sus derivados en los dispensadores, anaqueles y cualquier otra estantería ubicada en los puntos de venta.
- X. **Resolución No. 745 del 16 de agosto de 2012** Comisión Nacional para estudiar el de tabaquismo.
- XI. **Decreto Ejecutivo No. 1838 de 5 de diciembre de 2014** que prohíbe el uso de sistemas electrónicos de administración de nicotinas cigarrillos electrónicos, vaporizadores u otros dispositivos similares con o sin nicotina.
- XII. **Resolución No.0415 del 2 de marzo de 2016** que señala la obligatoriedad prohibición de uso de sistemas electrónicos establecidos en el Decreto Ejecutivo No. 1838.

- XIII. **Ley No.27 de 1 de Julio de 2016** por la cual se aprueba el protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, adoptado en Seúl, el 12 de noviembre de 2012.
- XIV. **Resolución No.2175 del 22 de septiembre de 2016** que modifica el nombre de la Comisión Nacional para estudiar el tabaquismo en Panamá y se dictan otras disposiciones.
- XV. **Resolución No.2742 del 21 de agosto de 2017**, por la cual se establece que para la República de Panamá, los sistemas electrónicos de administración o no nicotina, mejor conocidos como cigarrillos electrónicos no son considerados productos de tabaco.
- XVI. **Resolución No.0953 del 15 de mayo de 2018** por la cual se declara improcedente la comercialización de los productos de tabaco calentados en la república de panamá, ya que no se cuenta con la evidencia científica que permita considerarlos inocuos o de beneficio para la salud de los consumidores.

2.4. DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variable dependiente

Esta variable va a constituir el problema de estudio, o efecto principal, el cual deseamos asociar con las otras variables no dependientes, que son parte de este estudio y que se han definido, según lo encontrado en la revisión de literatura como posibles factores causales.

- **Consumo de tabaco en escolares adolescentes:** práctica que poseen los individuos de utilizar productos de tabaco, cualquiera que sea su presentación, ya sea esporádicamente o de forma permanente.

Si bien la exposición al humo de tabaco de segunda mano, es un problema grave y preocupante durante la infancia, en la adolescencia el hecho principal es el comienzo del consumo/uso de productos de tabaco. Es justamente durante la adolescencia, cuando son más poderosas las incitaciones para fumar y cuando se inician los patrones que duraran toda la vida. Para el desarrollo de acciones de prevención es indispensable entender por qué los adolescentes empiezan a fumar a temprana edad.

En estudios realizados en otros países se proporciona la base de identificar los factores de riesgo psicosocial es decir ambientales, personales y conductuales. Algunos de los cuales serán objeto de este estudio.

Variables independientes

Estas son las consideradas, como posibles factores causales del efecto.

Las **variables independientes** en nuestro estudio corresponden a las siguientes:

- **Ingreso familiar mensual:** se refiere a la cantidad de dinero percibida mensualmente por el grupo familiar.
- **Presencia de fumador en casa:** el hecho de que exista alguna persona que use productos de cigarrillos en casa.

- **Tipo de producto consumido:** Se refiere al tipo de tabaco que utiliza el estudiante, dependiendo de la popularidad, de cada tipo de producto varía a los largo del tiempo y en los diferentes entornos.
- **Presión social:** Fuerza o coacción que se ejerce sobre una persona o colectividad.
- **Exposición a publicidad, promoción y patrocinio de los producto de tabaco (PPPPT):** se refiere a la gran variedad de métodos directos e indirectos que tienen por finalidad, efecto o probable efecto promover un producto de tabaco o bien el consumo de esta sustancia. Pueden ser cualquier forma de comunicación, recomendación o acción comercial (publicidad promoción y patrocinio de los productos de tabaco); y cualquier forma de contribución a un evento, actividad o persona (patrocinio de productos de tabaco).

2.5. DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	MEDICION
Consumo de tabaco en jóvenes adolescentes en el último año (sexto año) en la Región Metropolitana de Panamá	Medición del consumo de productos de tabaco fumados y no fumados tales como cigarrillos, cigamos, pipa, pipas de agua y tabaco mascado, en los últimos 30 días antes de realizar el estudio.	Fumador No Fumador	Cualitativa Dicotómica	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Ingreso económico Familiar	Se clasificarán en dos grupos aquellos estudiantes que reporten tener ingresos menores al salario mínimo (B/.624.00) y aquellos que reporten ingresos mayores al salario mínimo.	· Ingreso menor al salario mínimo (si) · Ingreso mayor al salario mínimo (no)	Cualitativa Dicotómica	Ordinal
Antecedentes o historia familiar (presencia de personas que usan productos de tabaco en casa)	Se refiere a la presencia o ausencia del hábito de fumar en algún miembro de la familia y posteriormente en caso afirmativo, definir cuál es el familiar que presenta el hábito de fumar ya se la madre, el padre u otro, que conviva con el estudiante.	· Si Fumador en casa · No fumador en casa	Cualitativa Dicotómica	Nominal

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	MEDICION
Tipo de producto de tabaco consumido	Se refiere al tipo de tabaco que utiliza el estudiante dependiendo la popularidad de cada forma varía a los largo del tiempo y en los diferentes entornos.	<ul style="list-style-type: none"> Tabaco fumado (cigarrillo manufacturado, cigarrillo enrollados a mano, pipas de agua o narguile, bidis o cogarrillo indiano, pipas cigarrillos tipo Kretek (contienen nicotina, clavo de olor y otros). Tabaco no fumado (tabaco de aspirar rapé de aspirar, tabaco de masticar, tabaco húmedo Rapé) 	Cualitativa Dicotómica	Nominal
Presión social	Cantidad de personas que iniciaron y siguen fumando debido a la presión de una persona o grupo de personas para sentirse incluidas en este grupo.	<ul style="list-style-type: none"> ° Si ° No 	Cualitativa Dicotómica	Nominal
Exposición a publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco PPPPT	El estudiantes indicó haber visto o escuchado anuncios a favor de los productos de tabaco en alguno de los siguientes lugares : Eventos deportivos, vallas publicitarias, periódicos revistas, concierto, internet, televisión, video, película, video juegos, radio.	<ul style="list-style-type: none"> ° Si ° No 	Cualitativa Dicotómica	Nominal

2.6. VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable dependiente

Consumo de tabaco

Variables independientes

1. Ingreso familiar mensual.
2. Presencia de fumador en casa.
3. Tipo de producto consumido.
4. Presión social.
5. Exposición a publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco (PPPPT).

2.7. HIPOTESIS

1. INGRESO FAMILIAR MENSUAL

H0 El ingreso familiar mensual no está asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

Ha El ingreso familiar mensual si está asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

2. PRESENCIA DE FUMADOR EN CASA

H0 La presencia de fumador en casa no está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

Ha La presencia de fumador en casa si está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

3. TIPO DE PRODUCTO CONSUMIDO

H0 El tipo de producto no está asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

Ha El tipo de producto si está asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

4. PRESION SOCIAL

H0 La presión social no está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

Ha La presión social si está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

5. EXPOSICION A PUBLICIDAD, PROMOCION Y PATROCINIO A LOS PRODUCTOS DE TABACO (PPPPT)

H0 La exposición a PPPPT no está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

Ha La exposición a PPPPT si está asociada al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

2.8. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los factores asociados al consumo producto de tabaco en adolescentes escolarizado de 15 a 19 años de la Región Metropolitana de Salud, durante el año 2017.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

1. Detectar si el ingreso familiar mensual está asociado al consumo de tabaco.
2. Identificar si la presencia de fumador en casa está asociado al consumo de tabaco.
3. Establecer el tipo de producto asociado al consumo de tabaco.
4. Definir si la presión social está asociada al consumo de tabaco.
5. medir el grado de asociacion que existe entre, la exposicion a publicidad, promoción y patrocinio a los productos de tabaco al consumo de tabaco.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. AREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en colegios secundarios localizados en la Región Metropolitana de Salud de Panamá durante el año 2017. En colegios oficiales que brindan II ciclo de educación secundaria con edades de 15 a 19 años. Por ser una población en edad escolar se conservarán sus datos personales en el anonimato y a los que fueron menores de edad sus padres firmaron el consentimiento informado.

La República de Panamá cuenta con una población total estimada al 1° de Julio de 2017, de 1, 544,185 habitantes, de los cuales 763,606 siendo el (49.5%) corresponden al sexo masculino y 780,579 siendo (50.5%) al sexo femenino.

En Panamá Centro la matricula estudiantes corresponde a una población total de 15 a 19 años es de 120,629 estudiantes de los cuales 59,108 (49.1%) son masculino y 61,521 (50.9%) son femeninos.

3.2. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de casos y controles, donde se buscó establecer la asociación entre el consumo de tabaco en escolares adolescentes de 15 a 19 años de colegios de la Región Metropolitana de Salud en Panamá y un grupo de variables independientes asociadas con factores de riesgo ambientales y personales.

3.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo formado por todos los Colegios ubicados en la Región Metropolitana de Panamá para el año 2017, que contaban con II Ciclo.

Muestra: Se realizó un muestreo aleatorio bietapico porque se realizaron dos etapas de muestreo, la primera etapa permitió la selección de los colegios y la segunda la selección de los estudiantes.

Selección de la muestra: Requerimos un total de 770 adolescentes, 385 casos y 385 controles.

La recolección de la información será mediante una encuesta auto administrado.

p1	0.1
p2	0.25
OR	1.5

La selección de la muestra de estudiantes se realizó en Excel mediante un muestreo por conglomerados, estos estudiantes se clasificaron según casos y controles, aplicándoles los criterios de inclusión y exclusión determinados.

Utilizando las tablas, o la función distribución normal estándar .inv() del Excel, con un 95% de confianza para un valor de Z de 1.96.

$$P(-1.96 < z < 1.96) = 0.95.$$

$$n = \frac{Z^2 p q N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

$$\frac{P(1-p)}{E^2} =$$

$$\frac{.50(1-.50)}{.0025} =$$

$$\frac{.50(.50)}{.0025} = .2500$$

$$\frac{(1.96)^2 \cdot .50 \cdot .50}{(.05)^2} = \frac{3.8416(.25)}{.0025} = \frac{9604}{.0025} = \underline{\underline{385}}$$

- n = tamaño de la muestra.
- Z= es el nivel de confianza 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%).
- p = variable positiva.
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.05).
- N= Es el tamaño de la población.
- E= Es la precisión o el error.

La muestra se aproximó a **385** casos con una relación de 1 a 1 representada con **385** controles, manejando una muestra total de 770 estudiantes.

3.4. DEFINICION DE CASOS Y CONTROLES

1. **CASOS:** estudiantes de II ciclo de las escuelas de la Región Metropolitana de Salud en Panamá que refirieron haber consumido algún producto derivado del tabaco (1 o más al día) en los últimos 30 días antes de realizar el estudio para el año 2017.
2. **CONTROLES:** estudiantes de II ciclo de las escuelas de la Región Metropolitana de Panamá que no hayan consumido ningún derivado de tabaco en los últimos 30 días antes del estudio para el año 2017.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE CASOS Y CONTROLES

CRITERIO DE INCLUSIÓN DE CASOS:

- Estudiantes que declararon haber consumido productos de tabaco en los últimos 30 días previos al estudio.
- Estudiante que acepto voluntariamente participar del estudio y estuvo presente al momento del mismo.
- Ser estudiantes para el periodo educativo 2017 de II ciclo en los colegios del área metropolitana seleccionados.
- Estudiante del grupo etario de 15 a 19 años.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN CASOS:

- Estudiante que rechazó participar del estudio.
- Estudiante que no estuvo presente al momento de realizar el estudio.

CRITERIO DE INCLUSIÓN DE CONTROLES

- Estudiantes que declaró no haber consumido productos de tabaco en los últimos 30 días antes del estudio.
- Ser estudiante para el periodo educativo 2017, de colegios en el área metropolitana seleccionados.
- Tener entre 15 a 19 años.

- Estudiante que acepto voluntariamente participar del estudio y estuvo presente al momento del mismo.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN DE LOS CONTROLES

- Estudiante que rechazó participar del estudio.
- Estudiante que no se encontró presente al momento de realizar este estudio.

3.5. METODO Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se hizo una prueba piloto para validar el formulario e identificar problemas para la comprensión de las preguntas y desarrollo de las mismas.

Se les entrego el instrumento de recolección de la información que consta de datos generales, preguntas relacionadas con factores conductuales y personales ocasionados por el tabaco.

El instrumento fue auto aplicado por barrido en cada salón en el que cada estudiante tuvo entre 5 a 10 minutos para llenarlo y fue estrictamente confidencialidad al momento de dar sus respuestas.

3.5.1. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se solicito la autorización del Ministerio de Educación - Región de Panamá Centro para recolectar las encuestas en los colegios seleccionados.

1. Se les solicito a cada Director de plantel de los colegios un visto bueno para ingresar en los colegios.

2. El instrumento de recolección de datos se aplicó en una relación de 1:1 y se aplicó a los estudiantes que estuvieron presentes al momento.

3.6. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN ASPECTOS ETICOS

Según la declaración de Helsinki del año 2000 esta investigación “no debilita la resistencia física o mental del ser humano”, “no se realizó experimentación terapéutica en seres humanos”, en este sentido la presente investigación tiene un propósito eminentemente “científico” es decir “sin finalidad terapéutica” con respecto a los pacientes, se conto con el consentimiento y asentimiento informado el cual fue firmado por los padres de estudiantes que no habían cumplidos los 18 años por los propios estudiantes que habían alcanzado la mayoría de edad.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Panamá y cumplió con las normativas vigentes de bioética en nuestro país e internacionales. Los datos y resultados de los voluntarios serán manejados con confidencialidad, no tiene ningún beneficio financiero, puesto que la importancia de realizarlo es para contribuir a los avances y esfuerzos que se realicen en materia de investigación y lucha contra el tabaco.

3.7. PLAN Y ANALISIS DE ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó la recolección de los datos a través de los formularios para la captura y procesamiento de datos y análisis multivariado se utilizó el programa **(SPSS) versión 22.0**

De todos los parámetros calculados se ha analizado el intervalo de confianza al 95% y se han considerado valores significativos para $p < 0.05$, la comparación entre

variables cualitativas se ha realizado mediante el tes de Chi cuadrado, y el Odds ratio han sido calculados mediante el programa estadístico **Statcalc de EpiInfo.v3.1.5**

Para cada una de las hipótesis se realizó la prueba de Chi cuadrado con la finalidad de determinar si hay o no diferencia estadísticamente significativa, es decir si se debe a variación de muestreo (azar o no azar).

1. En los casos donde hubo significancia estadística, se procedió a medir la fuerza de asociación entre las variables.
2. Se realizó cruces entre la variable dependiente y cada una de las variables independientes en tablas tetracóricas, usando la razón de productos cruzados u Odds Ratio (OR).

$$OR = P1 (1 - P2) / P2 (1 - P1)$$

3. Se calculó los límites de confianza para cada uno de los OR calculados, lo que permitió demostrar la consistencia y validez de la investigación.

$$\text{Límite de Confianza} = DR1 \pm Z2 / \sqrt{X}$$

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

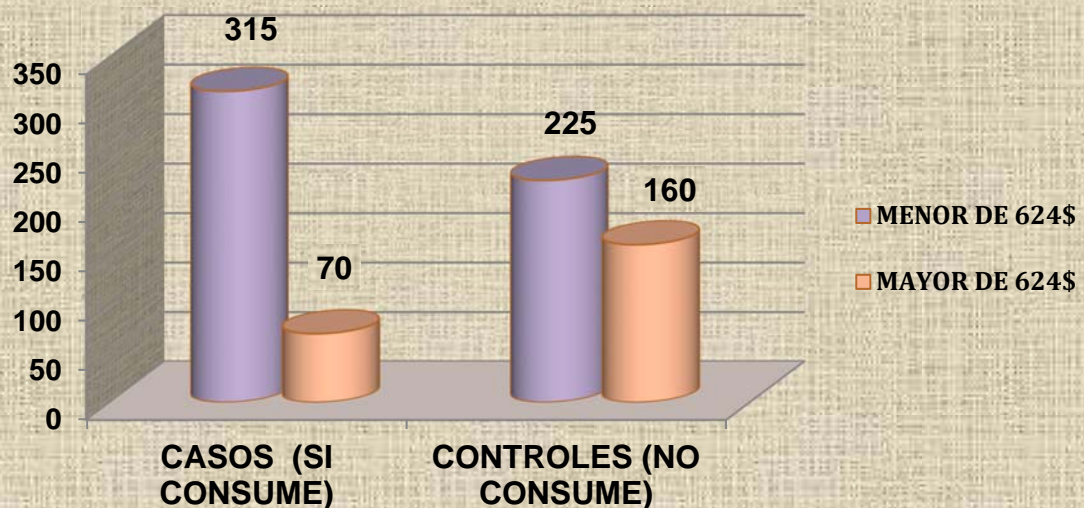
CUADRO I. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL, SEGÚN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO:2017

INGRESO FAMILIAR MENSUAL	CONSUMO DE TABACO		TOTAL
	CASOS (SI CONSUME)	CONTROLES (NO CONSUME)	
MENOR A 624\$	315	225	540
MAYOR A 624\$	70	160	230
TOTAL	385	385	770

Fuente Documental: Encuesta Aplicada a estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Panamá año 2017.

De los 385 casos estudiados para la variable ingreso familiar mensual 315 reportaron un ingreso familiar mensual menor de 624\$ lo que representó al 81.82% de los casos. En tanto que el 58.44% de los controles (225) se ubicaron en esta categoria. (Tabla 1 y gráfica 1).

GRÁFICA N°1. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL, SEGÚN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO: 2017.



Fuente documental: encuesta aplicada a adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana, Panamá 2017

		Outcome	
Exposure		315	225
		70	160

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	3.2	2.3031	4.4461
MLE OR	3.195	2.3047	4.4559
Fisher Exact		2.2761	4.5161

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Relative Risk	1.9167	1.5567	2.3598
Risk Difference	27.8986	20.6422	35.1549

Statistical Tests		
	X2	2 Tailed P
Uncorrected	50.2174	0
Mantel-Haenszel	50.1522	0
Corrected	49.1076	0
	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid P Exact	0	
Fisher Exact	0	0

Figura 1. Relación de Ingreso familiar mensual y consumo de tabaco. Análisis con Statcalc de Epiinfo.

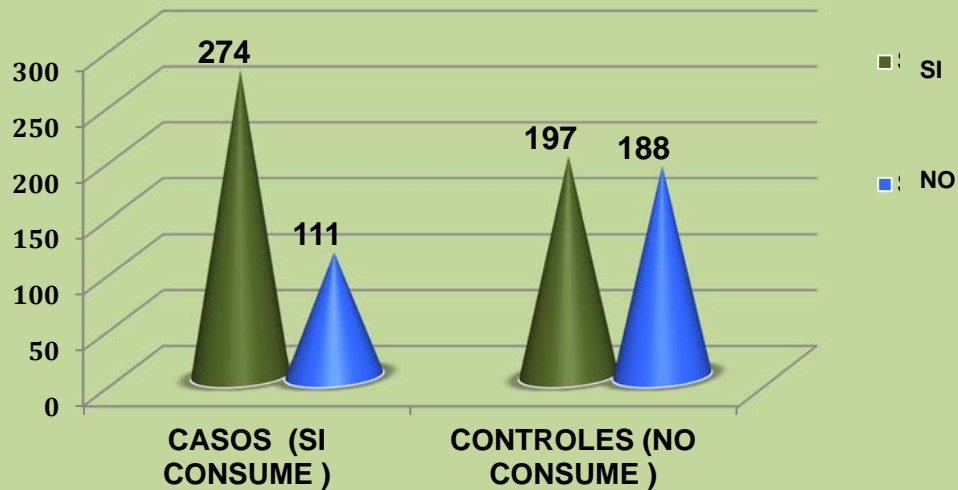
Se evidencia una relación entre el ingreso familiar mensual con el hecho de consumir tabaco. El Chi cuadrado se estimó en 50.2174 mayor que 3,84 con un grado de libertad y un 95% de confianza. El valor de $p = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre el ingreso familiar mensual y el consumo de tabaco. El OR corresponde a 3.2, indicando que los que tiene ingreso familiar mensual menor a 624\$ tienen 2.2 veces más riesgo de consumir tabaco en comparación con los que tienen ingreso familiar mensual mayor a 624\$, los límites de confianza fueron 2.3031 - 4.4461. . Dicho riesgo oscila en un límite de confianza de 2.3047 – 4.4559. (Figura 1)

CUADRO II. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS CON PRESENCIA DE FUMADOR EN CASA. SEGÚN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO:2017.

PRESENCIA DE FUMADOR EN CASA	CONSUMO DE TABACO		TOTAL
	CASOS (SI CONSUME)	CONTROLES (NO CONSUME)	
SI	274	197	471
NO	111	188	299
TOTAL	385	385	770

Fuente Documental: Encuesta Aplicada a estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Panamá 2017

GRÁFICA N° 2 CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS CON PRESENCIA DE FUMADOR EN CASA. SEGUN ESCUELAS DE LA REGION METROPLITANA. PANAMA AÑO:2017.



Fuente documental: encuesta aplicada a adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana, Panamá 2017

De los 385 casos estudiados para la variable presencia de fumador en casa 274 reportaron tener presencia de fumador en casa lo que representó al (71.16%) de los casos. En tanto que el 51.16% de los controles (197) se ubicaron en esta categoría. (Tabla 2 y gráfica 2)

		Outcome	
Exposure		274	197
		111	188

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	2.3557	1.7493	3.1722
MLE OR	2.353	1.7489	3.1744
Fisher Exact		1.7306	3.2091

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Relative Risk	1.567	1.3271	1.8504
Risk Difference	21.0504	13.9909	28.1098

Statistical Tests		
	X2	2 Tailed P
Uncorrected	32.4175	0
Mantel-Haenszel	32.3754	0
Corrected	31.581	0
	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid P Exact	0	
Fisher Exact	0	0

Figura 2. Relación de presencia de fumador en casa y consumo de tabaco.

Resultados estadísticos de Statcalc-EpiInfo.

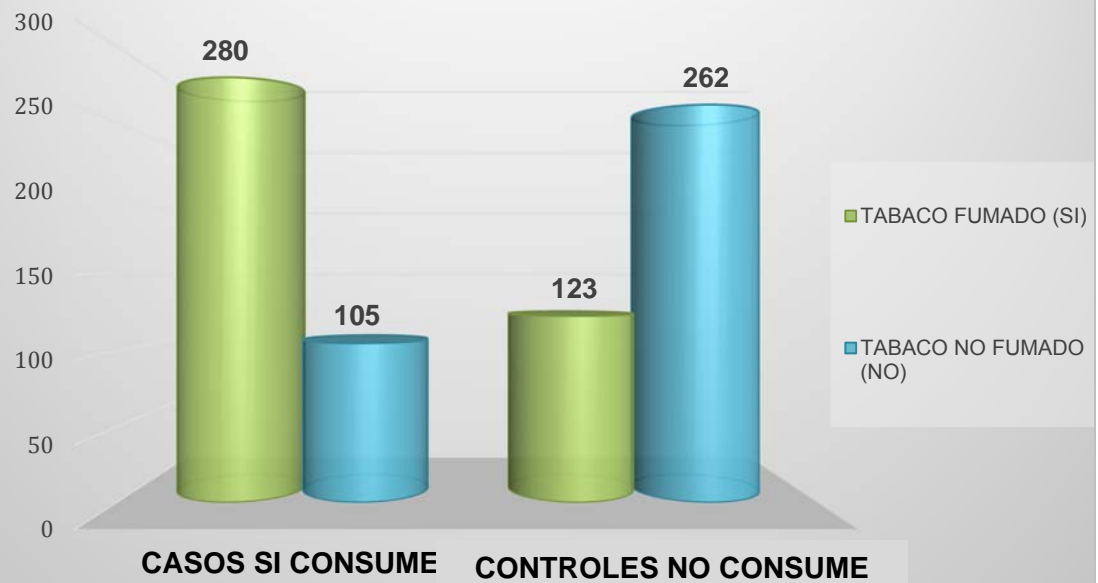
La presencia de fumador en casa y el consumo de tabaco en los casos y controles, reflejo un valor de Chi cuadrado es de 32.4175 mayor de 3.84, con un grado de libertad y un 95% de confianza. El valor de $p = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre el tener en casa antecedentes o presencia de fumador en casa y el consumo de tabaco. El estadístico OR corresponde a 2.3557 indicándonos que los casos con presencia de fumador en casa tienen 1.3557 veces mayor riesgo de consumir tabaco que los casos para quienes no tienen presencia de fumador en casa. . Dicho riesgo oscila en un límite de confianza de 1.7493 – 3.1722. (Figura 2)

CUADRO III. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS POR TIPO DE TABACO CONSUMIDO. SEGÚN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO:2017.

TIPO DE TABACO	CONSUMO DE TABACO		TOTAL
	CASOS (SI CONSUME TABACO)	CONTROLES (NO CONSUME TABACO)	
TABACO FUMADO (SI)	280	123	403
TABACO NO FUMADO (NO)	105	262	367
TOTAL	385	385	770

Fuente Documental: Encuesta Aplicada a estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Panamá 2017.

GRÁFICA N° 3 CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS POR TIPO DE PRODUCTO CONSUMIDO. SEGUN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO:2017.



Fuente documental: encuesta aplicada a dolescentes escolarizados de la Región Metropolitana, Panamá 2017

Se observó que los estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana en mayor proporción consumen tabaco fumado 403 (52.34%); mientras que 367 (47.66%) usan tabaco no fumado. (Tabla 3 y gráfica 3)

		Outcome	
Exposure		280	123
		105	262

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	5.6802	4.1655	7.7458
MLE OR	5.6658	4.1632	7.7489
Fisher Exact		4.1169	7.8418

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Relative Risk	2.4285	2.0404	2.8902
Risk Difference	40.8686	34.4192	47.3179

Statistical Tests		
	X ²	2 Tailed P
Uncorrected	128.327	0
Mantel-Haenszel	128.161	0
Corrected	126.698	0
	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid P Exact	0	
Fisher Exact	0	0

Figura 3. Relación de tipo de producto consumido vs consumo de tabaco.

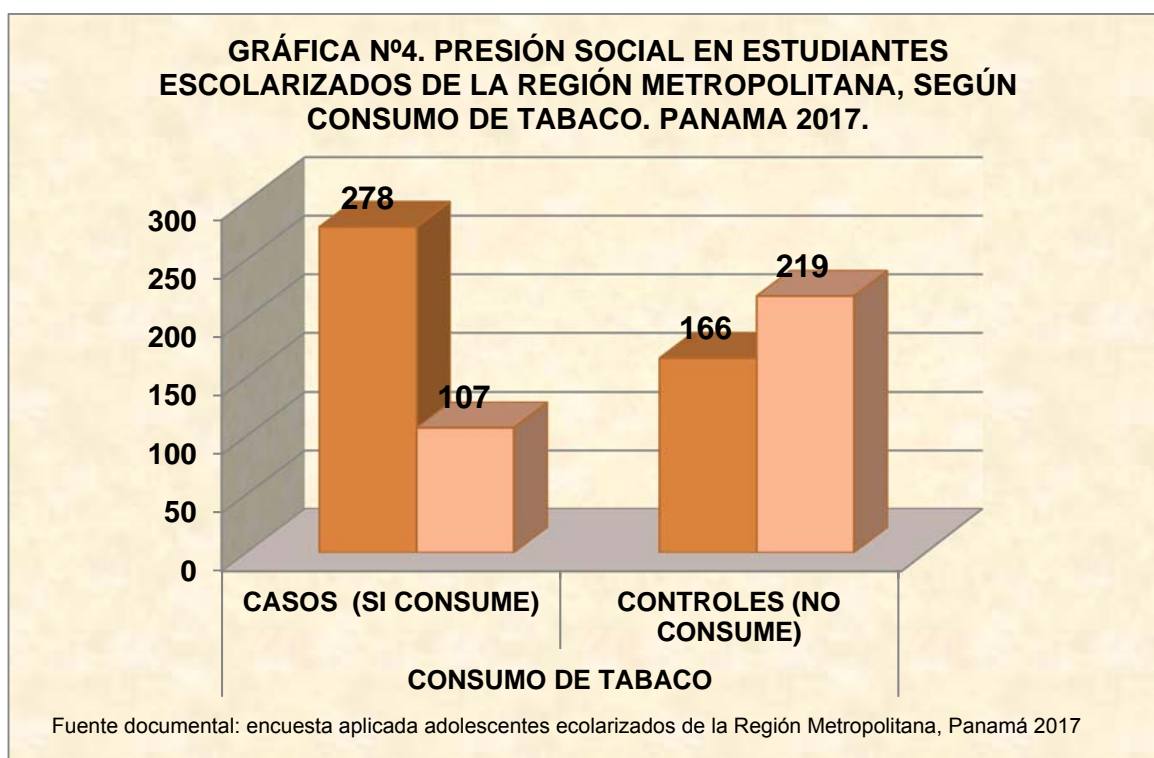
Resultados estadísticos de Statcalc-EpiInfo.

Al relacionar el tipo de producto de tabaco utilizado con el consumo de tabaco se estimó un valor de Chi cuadrado de 128,327 mayor de 3.84, el valor de $p = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre el tipo de producto de tabaco utilizado y el consumo de tabaco. El estadístico OR corresponde a 5.6802 indicándonos que el tabaco fumado tiene 4.6802 veces más riesgo de ser usado en comparación con el tabaco no fumado. Dicho riesgo oscila en un límite de confianza de 2.0404 – 2.8902 (Figura 3)

CUADRO IV. CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ENCUESTADOS POR PRESIÓN SOCIAL, SEGÚN CONSUMO DE TABACO EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA. PANAMA AÑO:2017.

PRESIÓN SOCIAL	CONSUMO DE TABACO		TOTAL
	CASOS (SI CONSUME)	CONTROLES (NO CONSUME)	
SI	278	166	444
NO	107	219	326
TOTAL	385	385	770

Fuente Documental: Encuesta Aplicada a estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Panamá 2017



Vemos que de los casos 278 (72.21%) estudiantes escolarizados de la RM presentan presión social, y en el grupo de 166 (43.12%) estudiantes escolarizados de la RM reportan que no están expuestos a presión social. (tabla 4 y gráfica 4)

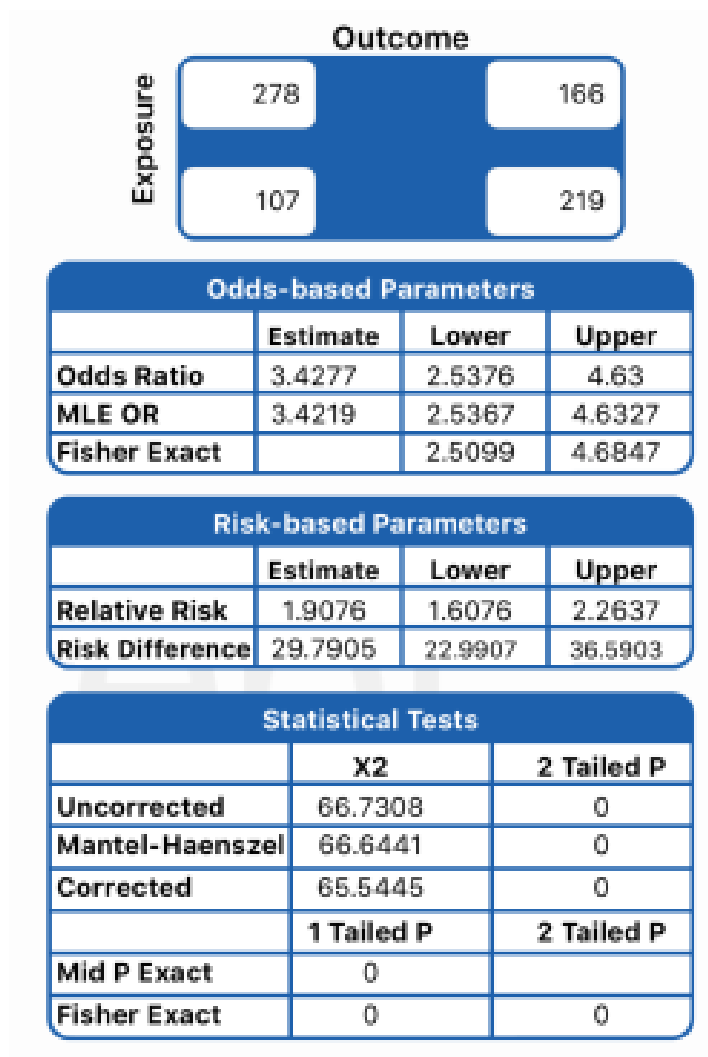


Figura 4. Relación de Presión social y consumo de tabaco. Resultados estadísticos de Statcalc-EpiInfo.

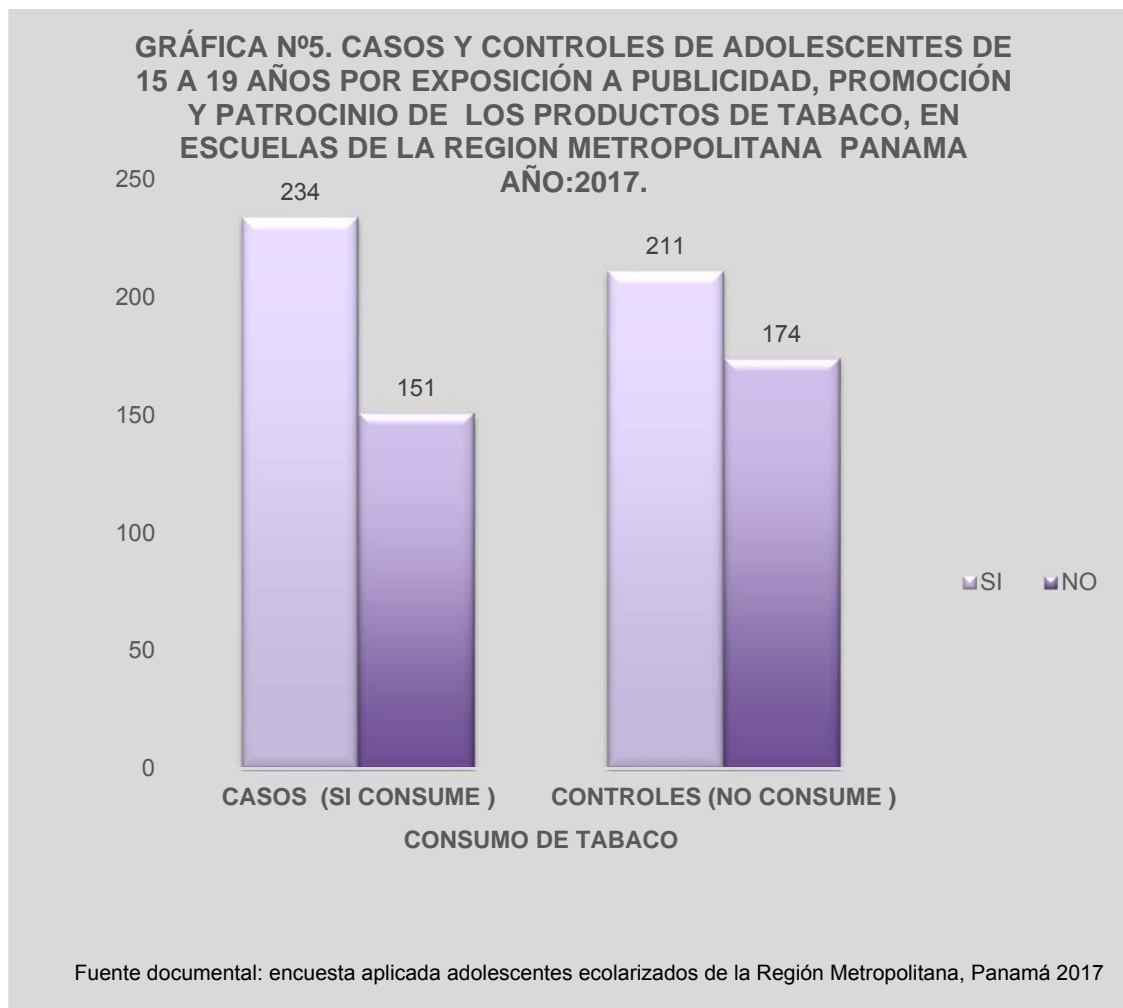
Los datos arrojados por este estudio, dan clara evidencia que se relaciona la presión social con el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la RM. El valor de Chi cuadrado es de 66.7308 mayor de 3.84, el valor de $P = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre la presión social y el consumo de tabaco.

El estadístico OR se determinó en 3.4277 indicándonos que la presión social tiene 2.4277 veces más riesgo que consuman tabaco los estudiantes escolarizados de la RM. Dicho riesgo oscila en un límite de confianza de 2.5376 - 4.63.

CUADRO X CASOS Y CONTROLES DE ADOLESCENTES DE 15 DE 19 AÑOS ENCUESTADOS POR EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO, EN ESCUELAS DE LA REGION METROPOLITANA PANAMA AÑO:2017.

EXPOSICIÓN A PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO	CONSUMO DE TABACO		TOTAL
	CASOS (SI CONSUME)	CONTROLES (NO CONSUME)	
SI	234	211	445
NO	151	174	325
TOTAL	385	385	770

Fuente Documental: Encuesta Aplicada a estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Panamá 2017



Con relación a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco (PPPT) con el consumo de tabaco, se observó que el 60.77% de los casos están expuestos a PPPT, mientras que el 54.80% no están expuestos a PPPT. (Tabla 5 y gráfica 5)

		Outcome	
Exposure		229	160
		156	225

Odds-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Odds Ratio	2.0643	1.549	2.7511
MLE OR	2.0623	1.5483	2.7521
Fisher Exact		1.5331	2.78

Risk-based Parameters			
	Estimate	Lower	Upper
Relative Risk	1.4378	1.2419	1.6645
Risk Difference	17.924	10.9747	24.8733

Statistical Tests		
	X2	2 Tailed P
Uncorrected	24.7351	0
Mantel-Haenszel	24.703	0
Corrected	24.0234	0
	1 Tailed P	2 Tailed P
Mid P Exact	0	
Fisher Exact	0	0

Figura 5. Relación de PPPT y consumo de tabaco. Resultados estadísticos de Statcalc-EpiInfo.

El análisis estadístico de esta variable (PPPT) tiene un estimador del Chi cuadrado en 24.7351 con un grado de libertad y 95% de confianza. El valor de $p = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre PPPT y el consumo de tabaco. El OR fue de 2.0643 Indicándonos que el estar expuesto a PPPT tiene 1.0643 veces más riesgo para consmuir tabaco en comparacion a los que no tienen esta condición. Con LC de 1.549 – 2.7511. (Figura 5).

CUADRO VI. MAGNITUD DE LA ASOCIACION CAUSAL PARA CONSUMO DE TABACO, SEGÚN LAS VARIABLES DE RIESGO ESTUDIADAS, PANAMA AÑO 2017

FACTORES DE RIESGO	PRUEBA DE CHI CUADRADO	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	ASOCIACION CAUSAL	LIMITES DE CONFIANZA
	X 2	P	Odds Ratio OR	LC 95%
Ingreso económico	50.2174	0.0000	3.2	2.3031-4.4461
Presencia de fumador en casa	32.4175	0.0000	2.3557	1.7493-3.1722
Tipo de producto utilizado	128.327	0.0000	5.6802	4.1655-7.7458
Presión Social	66.7308	0.0000	3.4277	2.5376-4.63
Exposición a publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco (PPPT)	24.7351	0.0000	2.0643	1.549-2.7511

Fuente documental: encuesta aplicada a adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana, Panamá 2017

ANÁLISIS MULTIVARIANTE

Se ha realizado el análisis multivariante mediante regresión logística binaria hacia atrás, de la variable principal haber fumado durante los últimos 30 días frente a los 5 variables seleccionadas: ingreso familiar, presencia de fumador en casa (antecedentes familiares), tipo de producto de tabaco, presión social, medios de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.

Tabla 7. Resultados del análisis de regresión logística binaria		
No fuman vs si durante los últimos 30 días	B (IC95%)	P
Tipo de producto consumido	5,543(0,579-98,195)	0,123
Ingreso familiar mensual	0,080(0,009-0,722)	0,024
Presencia de fumador en casa	0,0040(0,000-0,049)	<0,001
Exposición a publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco PPPT	0,0000(0,000-0,005)	<0,001
Presión social	0,097(0,006-1,554)	0,099
Fuente : Encuesta de tabaco en adolescentes		n= 770

Estos datos demuestran claramente que la exposición a PPPT y la presencia de fumador en casa son los factores de defensa ante la exposición al consumo de tabaco.

4.2. DISCUSIÓN

Esta investigación está basada en factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana.

En el presente estudio se logró realizar la encuesta a 770 estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana de los cuales 385 fueron los casos (Estudiantes que declararon haber consumido productos de tabaco en los últimos 30 días previos al estudio) y 385 los controles (Estudiantes que declararon no haber consumido productos de tabaco en los últimos 30 días previos a este estudio) en colegios de Panamá Centro para el año 2017.

Se midieron las variables independientes: Ingreso familiar, Antecedentes o historia familiar (presencia de fumador en casa), tipo de producto consumido, presión social, Exposición a publicidad, promoción y patrocinio a los productos de tabaco (PPPPT)

De acuerdo a los resultados de este estudio, hemos encontrado asociación significativa entre cinco de las variables estudiadas y el consumo de tabaco.

El ingreso familiar se relaciona con el consumo de tabaco en adolescentes en el cual se reflejo un Chi cuadrado de 50.2174 mayor que 3,84 con un grado de libertad y un 95% de confianza El OR corresponde a 3.2, indicando que los que tiene ingreso familiar mensual menor a B/.624 tienen 2.2 veces más riesgo de consumir tabaco en comparación con los que tienen ingreso mayor a B/.624, los límites de confianza fue de 2.3031 - 4.4461.

Lo que coincide con otros estudios de casos y controles realizados en España por Kovacs en el año 2013 con adolescentes en la cual se encontró una asociación positiva por el ingreso familiar de $OR=3,86$, IC 95%: 2,30-6,48; $p=0,000$. Al igual que en México para el año 2015 el estudio de factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia por la Dra. María Vásquez Treviño donde se encuestaron a estudiantes entre edades de 15 a 19 años en el cual manifiesta que los adolescentes el ingreso familiar bajo reporto el (86.52%) y un $OR=18894$; IC95% 3791-94164; $p<0.001$ siendo un factor de riesgo para consumir tabaco.

En cuanto a la presencia de fumador en casa se asocia positivamente con el riesgo de consumir tabaco en el cual se reflejo el valor de Chi cuadrado es de 32.4175 mayor de 3.84, con un grado de libertad y un 95% de confianza. El valor de P es de $0 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre el tener en casa antecedentes o presencia de fumador en casa y el consumo de tabaco. El estadístico OR corresponde a 2.3557 indicándonos que los que tienen presencia de fumador en casa tienen 1.3557 veces mayor riesgo de consumir tabaco para quienes no tienen presencia de fumador en casa. Los hallazgos de este estudio, coinciden en Asturias M. Fernández en el año 2011 realizó un estudio de consumo de tabaco en adolescentes de una área rural en Asturias donde demostró que el 43,9% de fumadores que tienen presencia de fumador en casa tienen mayor riesgo de consumir tabaco: el padre con un 21,5% su madre el 17,9% sus hermanos 36,6% y el 16.7% de igual manera lo encontrado En Brasil, para el año 2016 Halley Oliveira en su estudio de consumo de tabaco en el Municipio de San

Andrés reportó que tener en casa la presencia de fumador en casa (OR 9,6; IC95% 3,1-29,9) en el consumo de tabaco.

En relación al tipo de producto de tabaco consumido El valor de X^2 es de 128,327 mayor de 3.84, con un grado de libertad de 95% de confianza. El valor de p es de $0 < 0,05$, mostrando que el tipo de producto consumido es un factor de riesgo para el consumo de tabaco. El estadístico OR corresponde a 5.6 indicándonos que el tabaco fumado tiene 4.6 veces más riesgo de ser consumido en comparación con el tabaco no fumado. Esto coincide con Carlos Ezeu en Argentina para el año 2016 en su estudio de casos y controles sobre la influencia del hábito de fumar en la adolescencia donde encontró un OR 3,34, IC 95% 1,4-27, tipo de tabaco consumido por su presentación, causando adicción en sus formas de consumo. Asimismo se encontró un mayor riesgo entre las mujeres fumadoras frente a las nunca fumadoras (OR 2,44; $p=0,006$).

En cuanto a la variable presión social investigada en este estudio, encontramos el valor de Chi cuadrado es de 66.7 mayor de 3.84, con un grado de libertad de 95% de nivel de confianza. El valor de $P = 0.000 < 0.05$, mostrando una relación altamente significativa entre la presión social y el consumo de tabaco. El estadístico OR se determinó en 3.4 indicándonos que la presión social tiene 2.4 veces más riesgo que consuman tabaco los estudiantes escolarizados de la Región Metropolitana. Dicho riesgo oscila en un límite de confianza de 2.5376 - 4.63. Esto coincide con el estudio Factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes en 584 estudiantes realizado en España por Alejandro Villena para

el año 2009 en el donde tener presión social (OR: 11,3; IC95%:4,2-30,9), en donde existe 11 veces más probabilidades de consumir tabaco los adolescentes que tienen presión social. También para el año 2015 se realizó otro estudio por Villil Lansel sobre Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes en el cual se demostró que el tener presión social (OR = 7,44; IC del 95%, 2,59, al igual que con el estudio de la Dra. María Vásquez Treviño donde se encuestaron a estudiantes entre edades de 15 a 19 años para el año 2015 en el cual manifiesta que los adolescentes que están más expuestos a presión social tiene un (OR=1369; IC=95% 187-9995, $p<0,001$) de tener amigos que lo inducen a fumar.

Y en el caso de la variable estar expuesto a la publicidad promoción y patrocinio de productos de tabaco (PPPPT) se estimó el Chi cuadrado se estimó en 24.7351 con un grado de libertad y 95% de confianza. El valor de $p = 0.000 < 0.05$, mostrando una que si hay diferencia entre estar expuesto a PPPPT y el consumo de tabaco. El OR fue de 2.0 Indicándonos que ha visto o escuchado anuncios a favor de los productos de tabaco PPPPT tiene 1.0 veces más riesgo para consumir tabaco en comparación a los que no tienen esta condición. Grados de libertad de 1.549 – 2.7511, lo que se asocia con otros estudios como en la Encuesta Nacional sobre Tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años para el año 2014 realizada en Costa Rica por el Instituto sobre Dependencia – proceso de investigación que poco más de la mitad de los estudiantes (56%) han visto mensajes a favor del consumo de tabaco (PPPPT) en los medios de comunicación en los últimos 30 días.

Lo relevante de este estudio es que se determinó que los estudiantes adolescentes de la Región Metropolitana de Salud para el año 2017 son afectados por factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, donde el tipo de producto de tabaco resulto ser el factor más predominante.

4.3. CONCLUSIONES

- ✓ La muestra constituida por 385 estudiantes adolescentes de la Región Metropolitana, recabo información sobre diversos factores relacionados al consumo de tabaco y es posible concluir que las 5 variables independientes

(Ingreso económico, presencia de fumador en casa, tipo de producto consumido, presión social PPPPT) si son un factor de riesgo asociado al consumo de tabaco.

- ✓ El ingreso familiar mensual en el hogar de los casos fueron 315 de ingreso menos de 624\$ por un (81.82%) y los controles fueron 225 (58.44%) es un factor de riesgo asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.
- ✓ La presencia de fumador en casa o historia de antecedentes fumador se reportó en 61.17 % que dijo tener presencia de fumador en casa y el 38.83% de los estudiantes dijeron no tener presencia de fumador en casa por lo que si esta asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.
- ✓ El tipo de consumo de tabaco el estadístico OR fue de 5.6802 lo que indicó que el tabaco fumado tiene 4.6802 veces más riesgo de ser consumido en comparación con el tabaco no fumado y esta asociado al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.
- ✓ La presión social el valor de Chi cuadrado es de 66.7308 mayor de 3.84, y un OR en 3.4277 , lo que indicó que la presión social tiene 2.4277 veces más riesgo que consuman tabaco los adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.
- ✓ Y el estar expuesto a PPPPT Chi cuadrado se estimó en 24.7351 con un grado de libertad y 95% de confianza. El valor de $p = 0.000 < 0.05$, el OR

fue de 2.0643, lo que indicó que el estar expuesto a PPPPT tiene 1.0643 veces más riesgo para consumir tabaco los adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.

4.4. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que las medidas de control de tabaco deben aplicarse en forma integral y que se deben abacar todas aquellas que a la luz de la evidencia apoyen el control de tabaco en los jóvenes y adultos por igual, se hacen las siguientes recomendaciones:

- ✓ En nuestro estudio logramos determinar factores que pueden ser modificables y que están asociados al consumo de tabaco en adolescentes

por lo que consideramos muy importante asegurar que la educación sobre el tabaco realmente se brinde permanentemente cada año a todos los niños y adolescentes tanto en escuela primaria y secundaria.

- Anexar en los programas educativos contra el tabaco la participación de los padres alentandolos a que conozca nuevas formas de consumo y así crear conciencia tanto en padres como hijos.
- ✓ Implementar nuevas formas de detección y control de las redes sociales y más el internet , ya que resulto ser un factor de riesgo en este estudio.
- ✓ Fortalecer el cumplimiento de la normativa vigente, con énfasis en la regulación dirigida a los menores de edad, con la finalidad de lograr una prevalencia actual en jóvenes cercana al 0%.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS . (2003). *Obesity and overweight*.
- ALBA, L. E. (2007). Factores de riesgo para iniciar El Consumo de Tabaco. *11(4)(11)*.
- ALICC, A. (1998). Latinoamerica contra el cancer, tabaco y Alcohol en el Marco Familiar y Escolar. (40). S.F.
- Alor RI, F. G. (2009). Obesidad en niños y adolescentes .
- Andrés Gimeno R, B. R. (2010). Tabaquismo pasivo en grupo de abordaje. (p. 63-82).
- Aranceta Bartrina J, S. M. (2001). Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil.
- Araúz, A. B. (2013). *Evaluación de la adherencia al tratamiento antiretroviral, componentes de la cascada de atención y factores modulares institucionales que influyen en la adherencia a la terapia antiretroviral*. Ministerio de Salud, Programa Nacional de VIH/SIDA. Panamá: USAID, Proyecto Capacity Centroamérica.
- Aristegui, L. (2014). Obstáculos de la adherencia y retención en los Sistemas de salud públicos y privados segun paciente y personal de salud. *Actualización en SIDA e Infectología*, 71-80.
- Bonilla, P. U. (2011). Perfil de calidad de vida, sobrepeso-obesidad y comportamiento sedentario en Guanacaste .
- Brasil, O. P. (2010, Abril 28). (Organización Panamericana de Salud) Retrieved Julio 5, 2016, from Tabaco en las Américas: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/tabaco.htm>
- Carrera, Y. (1995). Factores de Riesgo Asociados al consumo de tabaco en Adolescentes de la Región Metropolitana . Panamá.
- CD, M. (2006). *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*. Loncar.
- CDC The health consequences of smoking :What it Means to You, 2. (2016, Junio 25). Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/pdfs/whatitmeanstoyou.pdf.
- Clucas, C. (2011). Doctor-paciente concordance during HIV treatment switching decision making. *HIV Medicine*, 87-96.
- CMP, P. (2012). *El impacto de la obesidad infantil en el presupuesto público México*. CIECAS Instituto Politecnico Nacional.
- Colombia, M. d. (2010). *Encuesta Nacional de Salud*.
- Colombia, M. d. (2010). *Encuesta Nacional de Salud*.
- Crawford, T. N. (2014). Impact of Poor Retention in HIV Medical Care on Time to Viral Load Suppression. *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 13, 242-248.

- D, C. (2013). Obesidad infantil en América Latina: Un desafío para la promoción de la Salud. *Global Health Promotion*.
- D., E. (2012). Perspectivas de salud Obesidad: una epidemia en apogeo. *Rev. OPS*.
- Díaz-Perera FCG, B. G. (2013). Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- España, M. d. (2013). *Análisis de Situación de la juventud*.
- F. J. Briz Hidalgo, A. I. (2005). Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005.
- Felix. (1992). *Factores de riesgo de drogadependencia*. Catalano Miller: Hawkins.
- Fortich R, G. J. (2011). Los determinantes de la obesidad en Colombia. *Economía & Región*.
- Fuentes, D. C. (2009). *Conocimientos y actitudes de Médicos Familiares y generales sobre el tabaquismo*. México: Centro de integración Juvenil A.C.
- Garcinuño, A. C. (2010). Desigualdades sociales en sobrepeso y obesidad, Andalucía.
- Gardner, E. M. (2011). The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. *Oxford Journals Medicine and Health Clinical Infectious Diseases*, 52, 793-800.
- Garduño EJ, M. C. (2008). *Carga económica y en salud de la obesidad en niños mexicanos. Proyecciones a largo plazo*. Bol Med Infant Méx.
- GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, G. (2017). *GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY*. Panama: WHO.
- Grierson, J. (2011). Adherence to antiretroviral therapy: Factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. *HIV Med*, 562-569.
- Hernández- Herrera RJ, S.-R. M.-C.-R. (2014). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en 407 niños en Noreste de México.
- Humana, S. d. (2016, Junio 29). Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/index.htm.
- INCAP. (2006). *Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Manual de instrumentos de evaluación dietética Guatemala*.
- IOTF. (2010). *International Obesity TaskForce*.
- Jimenez, C. &. (2011). Tratado del tabaquismo. (8).
- Jimenez, G. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. *Hospital Nutrición España*.
- JUAREZ, A. O. (2002). Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población adolescentes escolarizados. *Tesis para optar el título de médico - Cirujano*. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Lachat C, R. D. (2009). Incorporating the catering sector in nutrition policies of WHO European Region: is there a good recipe. *Public Health Nutr*.

- Libman, K. (2010). *STRATEGIC ACTION TO COMBAT THE OBESITY EPIDEMIC*.
- Lucy J. Graham, R. M. (2015, Mar-Apr). Integration of the Interaction Model of Client Health Behavior and Transactional Model of stress and coping as a Tool for Understanding Retention in HIV Care Across the Lifespan. *J Assoc Nurse HIV Care*, 26(2), 100-9.
- Mastelari, M. C. (1993). Prevalencia del Habito de Fumar y Estudio de Algunos Factores Psicosociales en Isos Trabajadores del Sisteam Integrado de la Provincia de Colón. Panamá.
- Metsch LR, e. a. (2008, Aug). HIV transmission risk behaviors among HIV-infected persons who are successfully linked to care. *Clinical Infection Disease*, 15(47), 577-84.
- Ministerio de Salud. (2013). *Informe Nacional de Monitoreo y evaluación del Paquete Básico de Indicadores*. Panamá: Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.
- Ministerio de Salud. (2014). *Informe acumulativo de la Situación de SIDA 1984-2014*. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Vigilancia de ITS/VIH/SIDA. Panamá: Ministerio de salud.
- Ministerio de Salud de Panamá, OPS/OMS. (2006). *Normas para la Atencion de Pacientes con VIH*. Panamá: MINSA/OPS/OMS.
- MINSA. (2008). *Encuesta Niveles de Vida*.
- MINSA. (2010). www.minsa.gob.pa. Retrieved from www.minsa.gob.pa: www.minsa.gob.pa
- MINSA. (2012). *Registro Nacional del Cáncer*. Panamá.
- MINSA. (2014). *Indicadores Básicos de Salud*.
- MINSA- Dirección de Planificación - Depto REGES. (2016). *Población estimada para el año 2016*. Panamá.
- MINSA-MEDUCA. (2008). *Encuesta mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ)*. Panamá: MINSA-MEDUCA.
- Mourão DM, B. J. (2010). Influencia de Alimentos Líquidos e Sólidos no controle hacer para abrir el apetito. *Revista Nutrición*.
- Muñoz, M. M. (1999). Estudio Descriptivo sobre el Consumo de Tabaco de los Estudiantes que aspiran a Ingresar a la Universidad de Panamá. Panamá.
- Murray, L. (2009). Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women: a qualitative study. *AIDS Care*, 78-86.
- Naciones Unidas. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2014*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (2015 июл septiembre). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. From Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Objetivos del Desarrollo Sostenible : http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg6/

- OMS. (2005). *Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health.*
- OMS. (2014). *Marco del Monitoreo del Continuo de la Atención Integral al VIH.* Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS, O. P. (2016, Junio 24). <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>. Retrieved from <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- OMS-OPS. (2012). *Consulta Regional en America Latina y el Caribe sobre informacion epidemiologica de la infeccion por el VIH.* Panamá: OMS-OPS.
- OPS, W. H. (2011). *Developing and Improving National Toll-Free Tobacco Quit Line.* Geneva; WHO: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud, O. (1992). *Tabaquismo o Salud en las Américas, un informe de la Cirujana Dental.* Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, O. (2010). *Encuesta Estatal Sobre Consumo de Drogas Entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria.*
- Ortiz-Moncada R, A.-D. C.-B.-C.-S. (2011). Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Medicina Clínica Barcelona.*
- P, K. M. (2009). *Epidemiología del tabaquismo en México - Salud Pública.* México: Salud Pública de Mexico Suplemento 1 vol.
- Paavola M, V. E. (2009). *Smoking, Alcohol use and Physical activity; A 13 - year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood.* Estados Unidos: Adolescent Health.
- Peltzer, K. (2010). Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 101-111.
- Pérez, S. V. (2010). Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad.
- PLM Skidmore, G. Y. (2010). *La epidemia de la obesidad: perspectivas para la prevención.*
- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. (2014). *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en el País.* Panamá: Ministerio de Salud Panamá.
- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. (2014). *Informe Nacional sobre los Progresos Realizados en el País.* Panamá: Ministerio de Salud Panamá.
- Programa Nacional de VIH/SIDA. (2006). *Normas de atención Integral de VIH/SIDA.* Panamá: Ministerio de Salud.
- Quizán Plata, T. Á. (2007). Obesidad infantil: el poder de la alimentación y la actividad física. *Revista de Universidad de Sonora.*
- Rivera DJ, H. A. (2012). Obesidad en México: recomendaciones para políticas públicas. *Revista UNAM.*
- Rivera, R. (1995). Tabaquismo en Panamá. *Tabaquismo en Panamá.* Panamá, Panamá, Panamá.

- Roa Rodriguez, R. (2002 y 2008). Las Políticas de Control de Tabaco: Una mirada desde la Encuesta Mundial de Tabaco en Jóvenes. Panamá: Publicación de Investigación Científica , MINSA- MEDUCA.
- Roa Rodriguez, R. (2013). *Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos*. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas, Estudios de Salud,2015.
- Roa, R. (2013). *Encuesta Mundial de Tabaco en Adultos*. Panamá: MINSA- OPS.
- ROA, R. E. (2008). *Encuesta mundial de tabaco en jóvenes (EMTJ)*. Panamá: MINSA;MEDUCA.
- ROA, R. (n.d.). Estudio de Vigilancia de Humo Ambiental de Tabaco. Panamá: Serie de Comunicación Científica del MINSA-Publicación N° 2.
- Rojas C, C. M. (2004). Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.
- Romero–Velarde, D. e. (2006). Hábitos de alimentación e ingestión de calorías en un grupo de niños y adolescentes obesos.
- Rueda, S. (2012). Labor force participation and health-related quality of life in HIV-positive men who have sex with men: The multicenter AIDS cohort study. *AIDS Behav*, 2350-60.
- Ruiz-Juan F, R.-R. A.-M. (2010). Physical activity and alcohol consumption in adults retos. Estados Unidos.
- SALUD, B. M. (2002). *Epidemia del Tabaquismo*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud .
- Salud, O. M. (2010). *Directrices sobre las medidas de reducción de la demanda relativas a la*. Ginebra: OMS.
- Salud, O. M. (2011, Julio 01). El tabaco y sus daños. Retrieved Julio 04, 2016, from <http://www.who.int>:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es/>
- Salud, O. M. (2011, Julio 01).
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es/>. Retrieved Julio 04, 2016, from <http://www.who.int>:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es/>
- Sistema de Naciones Unidas. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio IV Informe de Panamá* . Panamá: Organización de Naciones Unidas Panamá.
- SOBERANO, W. (2014, Mayo 25). *Educacion en Tabaco*. Retrieved Julio 01, 2016, from <http://es.slideshare.net/mayelnicterodriguezlorena/conductas-de-riesgo-tabaquismo>
- Sobrinó-Vegas, P. (2011). La cohorte de la red española de investigación en SIDA y su biobanco: organizacion, principales resultados y pérdidas al seguimiento. *Enferm Infecc Microbiol Clín*, 645-653.
- States, C. f.-U. (2016, Junio 6). Retrieved from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5935a4.htm?s_cid=mm5935a4_w.

- Tabacco, C. f. (2016, Junio 20). Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#toll.
- Tabaco, C. f. (2016, Junio 20). Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm#toll.
- Tanasescu Ferris AM, H. D.-E. (2000). Biobehavioral factors are associated with obesity in Puerto Rican children.
- The Foundation for AIDS Research. (2012). The HIV Treatment Cascade. *amfAR Fact Sheet*, 1-2.
- Unidos, I. d. (2014). *Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, NSDUH*. Estados Unidos: Universidad de Michigan- Instituto Nacional de Salud.
- Universidad Latina. (2012-3). Prevalencia del consumo de tabaco en estudiantes de medicina de la Universidad Latina de Panamá. In J. B. Estefania Alleyne. Panamá: Psiquiatría Clínica Investigación.
- Ureña P, A. F. (2010). Perfil de la Calidad de vida, sobrepeso-obesidad en niños escolares. *Rev Electrónica Educare*.
- Valera, G. (2010). Daños Ocasionados por el Tabaco. *Tu salud*, 58.
- (2012). *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. Geneva. *World Health organization*. Ginebra: OMS.
- Young, B. (2014, septiembre). *Medscape*. Retrieved from <http://www.medscape.com>

ANEXOS

ANEXO 1 PRESUPUESTO

Detalle	Cantidad	Detalle (B/.)	Total (B/.)
GRAN TOTAL			4375. 60
Viajes			1599.60
Transporte	1	30 (por el día)	900.00
Combustible	424	1. 65 (por litro)	699.60
Logística			916.00
Hojas blancas	2000	10 Blog de Páginas	100.00
Tuner	5	30	150.00
Gastos de fotocopia	2220	0,03	666.00
Alimentación			360.00
Equipo de colaboradores	3	4 (por almuerzo) 30 días	360.00
Imprevistos			1,500.00
Contratamientos - dinero extra	1	500	1,500.00

Fuente: Costos verificados por la investigadora encargada del protocolo

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Notificación a los Padres de Familia:

El siguiente instrumento forma parte del trabajo de investigación titulado: *Factores de Riesgo asociados a consumo de tabaco en adolescente escolarizados en la Región Metropolitana de Panamá para el año 2017.* Para optar por el título de Maestría en salud Pública en la Universidad de Panamá.

(Nombre de la Escuela) está participando en el protocolo de investigación llamado El estudio obtendrá información sobre el uso del tabaco y el comportamiento de los estudiantes 15 a 19 años que realizan estudios en sexto año. Las preguntas están dirigidas a identificar el uso del tabaco, los conocimientos y actitudes frente al tabaco, la opinión de los estudiantes sobre dejar de fumar, los ambientes de fumadores de tabaco, las propagandas y los medios de comunicación y la necesidad de incluir el tema en el currículo escolar.

El llenado de esta encuesta no representa ningún riesgo (físico, emocional o verbal) para su hijo o hija. No se pagará por participar en el llenado de la misma ya que toda la información que su hijo nos proporcione es de carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto con fines científicos por lo que no estará disponible para ningún otro propósito. Su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre.

El presente estudio está adscrito al comité de Bioética de la Universidad de Panamá.

Si usted tiene alguna pregunta, por favor contactarse con Marilexzy Vásquez, Teléfonos: 512-9233 ext. 1289, 292-2115 y 6660-2174). Dirección de Correo electrónico marilexzy@hotmail.com, Edificio Ancón 261 Ciudad de Panamá.

Gracias, por su cooperación;

Firma del consentimiento

☐

Esta de acuerdo en que su hijo participe

☐

No esta de acuerdo en que participe

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
ASENTIMIENTO



Buenos días/tardes/ Estimado joven:

En la actualidad soy estudiante de la Maestría en Salud Pública, y estoy realizando un estudio que lleva por nombre "Factores de Riesgo asociados a consumo de tabaco en adolescente escolarizados en la Región Metropolitana de Panamá para el año 2017". Por lo cual se está realizando una encuesta en la que se recoge información sobre el consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco, la publicidad de los productos de tabaco.

No existe un beneficio directo por tu participación en el estudio; sin embargo, la información que nos proporcionas ayudará a que los jóvenes no consuman tabaco. Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no.

Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

El presente estudio está adscrito al comité de Bioética de la Universidad de Panamá. Si usted tiene alguna pregunta, por favor contactarse con Marilexzy Vásquez, Teléfonos: 512-9233 ext. 1289, 292-2115 y 6660-2174). Dirección de Correo electrónico marilexzy@hotmail.com, Edificio Ancón 261 Ciudad de Panamá.

Gracias por su participación;

Licda. Marilexzy Vásquez

Responsable del Proyecto

No 2 [termine la entrevista]

Si 1 [continúe con la entrevista]

ANEXO 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN LA REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA DE PANAMA PARA EL AÑO 2017

La siguiente es una encuesta destinada a conocer algunos aspectos del adolescente. Para ello necesitamos de tu valioso aporte a través del llenado completo del siguiente cuestionario. Toda la información que nos suministre será confidencial y solo la usaremos para fines de este estudio de investigación.

N^o de Formulario: _____

Fecha de Captura: / /2017

1. Cuantos años tienes?

- ☐ 15 años
- ☐ 16 años
- ☐ 17 años
- ☐ 18 y más

2. cual es tu sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

3. Cuanto es el ingreso mensual económico en tu hogar?

- ☐ Menor de 624
- ☐ Mayor a 624

4. Has fumado alguna vez cigarrillos?

- ☐ Si
- ☐ No

5. En el ultimo mes (últimos 30 días) cuantos días fumaestes cigarrillo?

- ☐ 1-2 días
- ☐ 3 a 5 días
- ☐ 6 a 9 días
- ☐ 10 a 19 días
- ☐ 20 29 días
- ☐ todos los días del último mes

6. A que edad inicio a fumar?

- ☐ _____

7. En tu casa quien fuma?

- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Hermano
- ☐ Abuelo
- ☐ Tios
- ☐ Otros _____
- ☐ Ninguno

8. Algunos de tus amigos fuman?

- ☐ Si
- ☐ No

9. Sus amigos lo obligan a fumar?

- ☐ Si
- ☐ No

10. Actualmente, fumas ?

- ☐ Si, fumo diariamente
- ☐ Si, fumo ocasionalmente (no todos los días)
- ☐ No, no he fumado nunca
- ☐ No, soy ex fumador (más de seis meses)
- ☐ Solo en fiestas y ocasiones especiales.

11. Que tipo de producto de tabaco a consumido?

- ☐ Pipa de agua/Narguile
- ☐ Cigarrillo
- ☐ Puros
- ☐ Pipa
- ☐ Tiparrillo
- ☐ Liados amnso
- ☐ Kretek
- ☐ Bidis
- ☐ Otros _____

12. Has probado alguna vez el cigarrillo electrónico?

- ☐ Si
- ☐ No

13. Durante el último mes (últimos 30 días) viste o escuchastes anuncios a favor de los productos de tabaco en alguno de los siguientes lugares:

- ☐ Eventos deportivos
- ☐ Vallas publicitarias
- ☐ Periódicos
- ☐ Revistas
- ☐ Conciertos
- ☐ Internet
- ☐ Televisión
- ☐ Video
- ☐ Pelicula
- ☐ Video juegos
- ☐ Radio

¡GRACIAS POR TU VALIOSA COLABORACION Y PARTICIPACION!

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

CEDULA DEL ENCUESTADOR: _____

FECHA DE CIERRE DE ENCUESTA: _____

Nota de solicitud de revisión de Protocolo al Comité de Bioética de la UP

Panamá, 24 de agosto de 2017

Comité de Bioética
Universidad de Panamá
E.S.D.

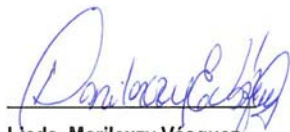
Estimados (as):

Sean mis primeras palabras portadoras de un saludo y éxitos en las funciones que realiza dentro de nuestra Institución. Soy estudiante de la Maestría en Salud Pública en la Universidad de Panamá por lo cual estoy realizando un estudio de tesis que lleva por título “: Factores de Riesgo asociados al consumo de tabaco en población adolescente escolarizada en la Región Metropolitana de Salud para el año 2017”.

El cual se desarrollara en los colegios: Instituto América, Colegio Elena Chávez de Pinate, Instituto Nacional, Colegio Melchor Lasso de la Vega, Instituto Profesional Jephtha B. Duncan. La misma no lleva riesgo alguno y se pretende intervenir en el mes de Octubre del presente año.

El propósito identificar los factores de riesgos asociados al consumo de tabaco en jóvenes en la Región metropolitana, los resultados obtenidos sean de utilidad en la formulación de estrategias que contribuyan en los programas para dejar el hábito de fumar, específicamente los dirigidos a padres y adolescentes, apoyar políticas libres de humo para reducir la exposición a humo de tabaco y mediante las evidencias científicas del mismo mejorar la calidad de vida de nuestra juventud; siendo ellos el futuro de nuestro país. Es por ello que le solicito muy respetuosamente su revisión para poder realizar este estudio en las escuelas de la Región.

Agradezco de ante mano la atención prestada Dios los Bendiga.



Licda. Marilexzy Vásquez

8-810-576

Investigador Principal

Constancia de carrera – Escuela de Salud Pública UP



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE MEDICINA
Escuela de Salud Pública

Panamá, 08 de noviembre 2016
Nota-ESP-2016-194

A QUIEN CONCIERNA:

El suscrito Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá

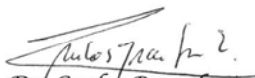
CERTIFICA:

Que la estudiante **Marilexzy Vásquez** con cédula de identidad personal N° 8-810-576 presentó satisfactoriamente su protocolo de Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana año 2016; ante la Comisión Académica de la Maestría en Salud Pública.

Que el protocolo de tesis de la estudiante Vásquez fue debidamente revisado y aprobado.

Dado en la ciudad Universitaria "Octavio Méndez Pereira" a los ocho días del mes de noviembre del año 2016.

Atentamente,


Dr. Carlos Brandariz
Director
Escuela de Salud Pública



Visto bueno de revisado- Vicerrectoria UP



VIP-DI-2016-REG-CEPT-107
29 de noviembre de 2016

Magister
Zilka I. Terrientes
Directora de Investigación y Postgrado
Facultad de Medicina
Universidad de Panamá
E. S. D.

Apreciada Directora:

Luego de ser revisada la propuesta del Estudiante Marilexzy Vásquez, se aprobó formalmente el proyecto de investigación titulado: "Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de la Región Metropolitana año 2016" identificado con el código CE-PT-327-15-01-16-65.

Este proyecto se enmarca dentro del área de investigación "Salud Pública, Ambiente y Sociedad" establecida por la Facultad de Medicina de la Universidad Panamá.

Le incluimos un ejemplar de los formularios DI-F-003 (Informe de Progreso) y DI-F-004 (Informe Final) con el propósito de que pueda mantenernos informados de los avances del proyecto, de modo que nuestros archivos se conserven debidamente actualizados.

El Informe de Progreso debe ser revisado y tramitado por la unidad académica; el Informe Final debe tener la recomendación de aprobación por la comisión de Investigación de su unidad académica (Artículos 35 y 36 del Reglamento del Sistema de Investigación).

El Informe Final deberá ser preparado en formato de la Revista Scientia o Societas y debe contener un resumen en español e inglés. Adicionalmente, se debe adjuntar dos copias del Informe Final en formato digital (CD).

Los resultados del trabajo deben publicarse en una revista nacional o internacional y la copia de la publicación debe enviarse a esta Vicerrectoría para su promoción.

Atentamente,

Dr. Jánzel Villalaz G.
Director de Investigación

cc. Estudiante, Marilexzy Vásquez, Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina.
cc. Profesoras, Reina Roa y Fermina Chamorro, Asesoras

/LR

2016 "Año de la Consolidación de la Democracia Universitaria"
Ciudad Universitaria Octavio Méndez Pereira
Estafeta Universitaria. Panamá, República de Panamá
Tel.: (507) 523-5322 / 523-5321. FAX: 523-2150
e-mail: investigacionvip@hotmail.com



SGC-F-024

Rev.5

Autorización de MEDUCA



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN DE PANAMÁ CENTRO

Teléfonos: 515-75-01 o 515-75-06

PANAMA, BALBOA, ANCON, AVENIDA ARNULFO ARIAS MADRID



Nota No. DRPC 219/2889

Para: Los Directores (as) de los siguientes Centro Educativos:

- Elena Chavez De Pinate.
- Instituto América.
- I.P.T. Jephtha B. Duncan.
- Instituto Nacional.
- Artes y Oficios "Melchor Lasso Vega".
- Instituto Técnico Don Bosco.

De: 
Magister Enrique Bernal C.
Subdirector Técnico Administrativa, Regional.



Fecha: 11 de agosto 2017.

Estimados Profesores:

Solicitamos a ustedes que les brinden a la Licenciada **Marilexzy Vásquez**, todo el apoyo necesario para realizar un estudio sobre el consumo de tabaco en adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana.

Esta información será de gran utilidad para las investigaciones científicas.

EBC/achh



Visto bueno de REGULA MINSA

Nuevo ▾ Responder ▾ Eliminar Archivar Correo no deseado ▾ Limpiar *** ↑ ↓ ✕ 🔍 Buscar

Re: Protocolo de Investigación - Marilexzy Vásquez (Doc_Pendientes)



Regulainvsa Minsa <regula.investigacion@gmail.com>

vie 10/09/2017 9:05 AM

Usted



Responder ▾

Buenos días Licda. Vásquez,

Hemos recibido su documentación referente al protocolo de investigación **"Factores Asociados al Consumo de Tabaco en Jóvenes - Región de Panamá Metro año 2017"**. Agradecemos la información, la cual se incluye en el registro de protocolos de investigación para la salud.

La circular 003 de septiembre de 2015 emitida por DIGESA y su réplica por el Comité Nacional de Bioética de la Investigación (CNBI) de marzo 2016, indican que los estudios clínicos deberán ser avalados por la autoridad sanitaria previamente a ser sometidos a un Comité Bioética Institucional (CBI) acreditado. Hasta el momento, se ha implementado el aval mediante el registro de toda investigación para salud y la evaluación de algunos estudios clínicos, los que de acuerdo a los criterios señalados en ambas circulares, y modificados según acuerdos plasmados en el flujograma de protocolos de investigación (ensayos clínicos y polémicos), deben ser evaluados en la DIGESA. Puede descargar los documentos mencionados y otros relacionados a través del enlace: <http://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/regulacion-de-investigacion-para-la-salud>

De acuerdo al protocolo adjunto y a los criterios contenidos en los lineamientos mencionados en el primer párrafo, el estudio por el que nos consulta, **no requiere evaluación para el trámite de autorización sanitaria para otorgar el aval.**

Le agradecemos continúe informándonos de los avances de esta investigación, tanto en lo relacionado a la obtención de la aprobación bioética, la fecha real de inicio, una vez confirmada, y en especial, notificándonos oportunamente, previo a su difusión por cualquier medio, sobre aquello que pueda apoyar la toma de decisiones en favor de la salud de la población a medida que vayan obteniendo resultados parciales, así como los finales, que puedan ser de impacto en este sentido.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 83 de 2012, que "los trámites en línea tendrán la misma validez que los realizados de forma presencial" y con miras a la mayor agilización de este paso regulatorio adicional, fue acordado entre MINSA y CNBI que **puede imprimir este e-mail como constancia de nuestro aval para el proceso de revisión ética al que someterá esta investigación**

Cordialmente,

Coordinación en Regulación de Investigación para Salud

Dirección General de Salud Pública

Ministerio de Salud

República de Panamá

Tel.: 512 9479



Certificado

de

Buenas

Prácticas

7/11/2016

Protección de los participantes humanos de la investigación



<https://pphi.nihtraining.com/users/cert.php?c=371877>

ANEXO 5 CRONOGRAMA

TEMA DE	MAYO			JUNIO				JULIO			AGOSTO				SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	13	20	27	3	10	17	24	15	22	29	5	12	19	26				
Selección del tema																		
Revisión de la literatura																		
El planteamiento del problema																		
Justificación del estudio																		
El fundamento teórico																		
Hipótesis y variables																		
Los objetivos de la investigación																		
El diseño de la investigación																		
Operacionalización de las variables																		
El universo y la muestra																		
Los procedimientos																		
Plan de tabulación y análisis																		
Aspectos y éticos																		
Presentación de Protocolo																		
Coord. del estudio con autoridades del MINSA – MEDUCA																		
Evaluación del protocolo por el comité de bioética																		
Aplicación del instrumento																		
Recolección de la información en campo																		
Análisis de datos – elaboración del informe																		
Sustentación del estudio – Presentación a autoridades																		

Fuente: Elaborado por el investigador